



منظمة

التعاون الإسلامي

التقرير الصحي

2015

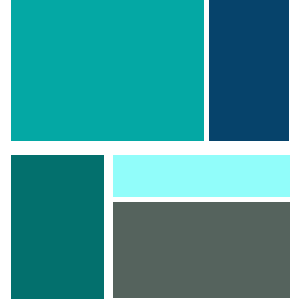


منظمة التعاون الإسلامي

مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية
والتدريب للدول الإسلامية



التقرير الصحي لدول منظمة التعاون الإسلامي 2015



منظمة التعاون الإسلامي

مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية

© 2015 مركز التدريب للأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية للدول الإسلامية (SESRIC)

Kudüs Cad. No: 9, Diplomatik Site, 06450 ORAN-Ankara, Turkey

Tel. (90-312) 4686172-76, Fax. (90-312) 4673458

E-mail: oi ankara@sesric.org

Home Page: www.sesric.org

جميع الحقوق محفوظة

قد طبقت معايير عالية أثناء تجهيز وإعداد هذا التقرير من قبل مركز أنقرة SESRIC لتحقيق أقصى قدر من دقة البيانات الواردة في هذا العمل. الأشكال وغيرها من المعلومات التي تظهر على أي جزء توضيحي أو شخصي لا تعني أي حكم من جانب مركز أنقرة SESRIC بشأن الوضع القانوني لأي كيان. وبالإضافة إلى ذلك ينفي أية مسؤولية عن أي نوع من النقاشات السياسية التي قد تنشأ باستخدام البيانات والمعلومات الواردة في هذا المنشور. الحدود والأسماء المبينة على الخرائط الواردة في هذا المنشور لا تعني إقراراً أو قبولاً رسمياً من قبل مركز أنقرة SESRIC.

حقوق الطبع والنشر للمواد المقدمة في هذا المنشور محفوظة. بالإستناد إلى حقوق التأليف والنشر فإن مركز أنقرة يدعي كما يشجع على نشر منشوراته من أجل البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي، كما يعطي الإذن لعرض ونسخ وتنزيل وطباعة المواد المعروضة شريطة أن لا يتم إعادة استخدام هذه المواد، تحت أي ظروف، لأغراض تجارية.

للحصول على إذن لإعادة إنتاج أو إعادة طبع أي جزء من هذا المنشور، يرجى إرسال الطلب مع المعلومات الكاملة لإدارة النشر في العنوان : طريق القدس رقم : 9 ، الموقع الدبلوماسي ، 06450 أوران، أنقرة – تركيا ينبغي توجيه جميع الاستفسارات بشأن الحقوق والتراخيص إلى قسم النشر، مركز أنقرة SESRIC ، على العنوان المذكور أعلاه.

تم تصميم الغلاف من قبل قسم النشر، مركز أنقرة SESRIC.

مركز أنقرة SESRIC يعرب بموجبه عن تقديره العميق لإدارة التدريب، الإذاعة والمطبوعات في وزارة الأغذية والزراعة والثروة الحيوانية في الجمهورية التركية لتوفير مرافق الطباعة.

للحصول على معلومات إضافية، اتصل بقسم البحوث، مركز أنقرة SESRIC من خلال: research@sesric.org

جدول المحتويات

ii	توطئة
v	الملخص
1	1 المقدمة
3	2 تعزيز النظام الصحي
3	1.2 النفقات الصحية والتمويل
3	1.1.2 النفقات الصحية للفرد
4	2.1.2 النفقات الصحية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي
6	3.1.2 حصة النفقات الحومية على الصحة
8	2.2 تمويل الرعاية الصحية
10	3.2 القوى العاملة الصحية
12	4.2 مرافق الرعاية الصحية
13	5.2 الأسرة في المستشفيات
15	3 صحة واتبغذية الأم، المواليد الجدد وصحة الطفل
15	1.3 وفيات الأمهات
22	1.4.3 الرعاية السابقة للولادة
24	2.4.3 الولادات تحت إشراف عاملين صحيين مهرة
26	3.4.3 التحصين
28	5.3 الوقاية السيطرة على الأمراض المعدية
31	6.3 التغذية
31	1.6.3 حالات سوء التغذية
33	2.6.3 العادات الغذائية
35	7.3 نقص المغذيات الدقيقة
35	1.7.3 فيتامين (أ) المكمل الغذائي
36	2.7.3 استهلاك الملح المعالج باليود
37	3.7.3 أنيميا نقص الحديد
39	4 الوقاية من الأمراض ومكافحتها
40	1.4 العمر المتوقع عند الولادة
42	4.2 معدل وفيات الكبار
43	3.4 أسباب الوفاة
45	4.4 الأمراض المعدية
45	1.4.4 فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز
47	2.4.4 الإسهال
49	3.4.4 الملاريا
50	4.4.4 الالتهاب الرئوي
51	5.4.4 السل
53	6.4.4 شلل الأطفال
53	5.4 الأمراض غير المعدية
54	1.5.4 أمراض القلب والأوعية الدموية
56	2.5.4 السرطان
57	3.5.4 أمراض الجهاز التنفسي (الرئة) المزمنة
59	4.5.4 السكري
60	6.4 عوامل الخطر
60	1.6.4 استخدام الكحول
61	2.6.4 استخدام التبغ
63	3.6.4 عدم كفاية النشاط البدني
65	4.6.4 السمنة
67	5 الأدوية واللقاحات والتكنولوجيات الطبية
67	1.5 الصناعة الصيدلانية
68	1.1.5 الإنتاج والاستهلاك العالميين
69	2.1.5 الإنتاج والاستهلاك في دول منظمة التعاون الإسلامي
71	3.1.5 توفر الأدوية الأساسية والعامة
73	4.1.5 التجارة الصيدلانية
76	2.5 اللقاحات
76	1.2.5 الإنتاج
76	2.2.5 التجارة
78	3.5 التقنيات الطبية
78	1.3.5 سوق الأجهزة الطبية
79	2.3.5 سياسات التكنولوجيا الصحية
83	6 إدارة المخاطر الصحية الطارئة
84	1.6 الحاجة إلى تعزيز قدرات النظام الصحي لإدارة الطوارئ
86	1.1.6 تنسيق الخدمات الصحية في حالات الطوارئ
89	2.1.6 دمج الفرق الطبية الأجنبية في الاستجابة لحالات الطوارئ العامة
89	3.1.6 المستشفيات الآمنة
90	2.6 تقييم قدرات النظام الصحي لإدارة الطوارئ
94	3.6 وضع القطاع الصحي الحالي في البلدان التي تشهد صراعات
97	7 المعلومات والبحوث والتعليم والإرشاد
97	1.7 جودة التثقيف الصحي
101	2.7 التوعية العامة
103	8 الملاحظات الختامية والتوصيات والسياسات

الإختصارات

معدل وفيات البالغين	AMR
تغطية العناية ما قبل الولادة	ANCC
أمراض القلب والأوعية الدموية	CVDs
الأمراض المعدية	CDs
مركز السيطرة على الأمراض والوقاية منها	CDC
إدارة مخاطر الكوارث	DRM
الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي	DTP
منطقة شرق آسيا والمحيط الهادئ	EAP
منطقة أوروبا وآسيا الوسطى	ECA
إدارة الطوارئ ومخاطر الكوارث الصحية	EDRMH
انظام خدمات الطوارئ الطبية	EMS
البرنامج الموسع للتحصين	EPI
الاتفاقية الإطارية بشأن مكافحة التبغ	FCTC
الناتج المحلي الإجمالي	GDP
المرافق الصحية	HF
مؤشر سلامة المستشفيات	HSI
المؤتمر الإسلامي لوزراء الصحة	ICHM
النازحون داخلياً	IDP
اللوائح الصحية الدولية	IHR
معدل وفيات الرضع	IMR
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	LAC
متوسط العمر المتوقع عند الولادة	LEB
	MDGs
منطقة الشرق الأوسط	MENA
معدل وفيات الأمهات	MMR
الأمراض غير المعدية	NCDs
دول منظمة التعاون الإسلامي	OIC
منظمة الصحة للبلدان الأمريكية	PAHO
التأمين الصحي الخاص	PHI
إدارة المشتريات وسلسلة التوريد	PSM
منطقة جنوب آسيا	SA
منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	SSA
وحدة مكافحة التبغ	TCU
معدل وفيات الأطفال البعمر أقل من 5 سنة	U5MR
برنامج الأمم المتحدة المشترك المعنى بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز	UNAIDS
صندوق الأمم المتحدة للسكان	UNFPA
اليونسيف، صندوق الأمم المتحدة للطفولة	UNICEF
البنك الدولي	WB
منظمة الصحة العالمية	WHO

شكر وتقدير

هذا التقرير تم إعداده من قبل فريق من الباحثين في مركز أنقرة SESRIC برئاسة مظهر حسين ويتكون الفريق من جيم تينت، نيلوفر أوبا وكينان بخشي. أجري العمل تحت الإشراف العام للسيد نبيل دبور، مساعد المدير العام لمركز أنقرة SESRIC والقائم بأعمال مدير إدارة البحوث الذين قدموا التعليقات وردود الفعل.

توطئة

يتأثر إلى حد كبير مستوى التنمية الاجتماعية والاقتصادية للبلد بالحالة الصحية ونوعية الخدمات الصحية المقدمة للشعب في ذلك البلد. لدى الأشخاص الأصحاء القدرة على المساهمة بشكل ملحوظ في تحقيق التقدم الاقتصادي، لأنهم يعيشون لفترة أطول ويكونون أكثر إنتاجية. وكمبدأ أساسي يجب أن يكون لجميع الناس الحق في الحصول على الخدمات الصحية على قدم المساواة بغض النظر عن وضعهم الاجتماعي أو ظروفهم الاجتماعية الأخرى.

وقد دفعت العديد من البلدان في الآونة الأخيرة اهتماماً خاصاً بمسألة الصحة وتطوير النظم الصحية الحديثة والمستدامة من خلال تخصيص المزيد من الموارد في القطاع الصحي من أي وقت مضى. ومع ذلك، في حين أن الناس اليوم هم أكثر صحة وثراء ويعيشون حياة أطول مما كانت عليه قبل 50 عاماً، فإن الكثير من البلدان النامية والبلدان الأقل نمواً لا تزال متخلفة من حيث التقدم الذي تم إحرازه على مر السنين في القطاع الصحي بالمقارنة مع الدول المتقدمة. هذا واضح خصوصاً في المناطق النامية في جنوب آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، حيث ظلت تغطية الرعاية الصحية والخدمات الصحية فقيرة بشكل كبير في العديد من البلدان، بما في ذلك معظم بلدان منظمة التعاون الإسلامي في هذه المناطق.

في حالة دول منظمة التعاون الإسلامي، ظل التقدم المحرز في تغطية الرعاية الصحية الشاملة متفاوت للغاية. حيث نجد في الكثير منها أن نظام الرعاية الصحية يعاني بشكل خطير من التحديات المختلفة المتعلقة بالموارد الكافية المالية والبنية التحتية والقوى العاملة والسياسات الصحية الوطنية المناسبة واللوائح. وتشير أحدث التقديرات إلى أن دول منظمة التعاون الإسلامي تخصص، في المتوسط، فقط 4.4 في المائة من ناتجها المحلي الإجمالي للصحة والرعاية الصحية والإنفاق على الصحة فقط لحساب 7.9 في المائة من مجموع الإنفاق الحكومي.

ووفقاً لأحدث البيانات المتاحة، فإن واحد من أصل كل 15 طفلاً يموت قبل الاحتفال بعيد ميلاده / ميلادها الخامس. ما يقرب من نصف (48 في المائة) النساء الحوامل لا يحصلون على معاینات الفحص الأربعة لما قبل الولادة التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية حتى وأكثر من ثلث (38 في المائة) مجموع الولادات يحدث دون مساعدة. وفي كل عام، لا يحصل ما يقرب من 20 في المائة من الأطفال على التطعيم ضد الخناق والكزاز والسعال الديكي وشلل الأطفال كما أن آخر ثلاث دول تستوطن فيها تلك الأمراض في العالم هي دول منظمة التعاون الإسلامي.

في ضوء هذه الخلفية، فإن التقرير الخاص بالصحة في منظمة التعاون الإسلامي 2015 يقدم تحليلاً شاملاً للحالة الصحية في دول منظمة التعاون الإسلامي من خلال النظر إلى أحدث البيانات والاتجاهات القابلة للمقارنة على المؤشرات الصحية الرئيسية. ويتمحور التقرير أساساً حول المجالات المواضيعية الستة للتعاون المحدد في برنامج الصحة الإستراتيجي للعمل لمنظمة التعاون الإسلامي (OIC-SHPA) 2014 - 2023، وهما تعزيز النظام الصحي بالإضافة إلى الوقاية من الأمراض ومكافحتها وصحة الأم والمواليد الجدد وصحة الطفل والتغذية والأدوية واللقاحات والتكنولوجيات الطبية والاستجابة الصحية الطارئة والتدخلات والمعلومات والبحوث والتعليم والإرشاد.

السفير: موسى كولكليكي

المدير العام

مركز أنقرة SESRIC

الملخص

تعزيز النظام الصحي

النفقات الصحية وتمويل الرعاية الصحية

يعتبر التمويل الصحي عنصر حاسم من عناصر النظم الصحية. ويرتبط أساساً بإيجاد وتخصيص واستخدام الموارد المالية لتقديم خدمات الرعاية الصحية لجميع الناس بتكلفة معقولة وبأسعار معقولة. كما يعتبر نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة مؤشر مهم يشير إلى إستهلاك السلع والخدمات الصحية على المستوى الجزئي. ففي عام 2013، بلغ متوسط نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة في دول منظمة التعاون الإسلامي 186 دولار أمريكي، وهذا يتناقض بشكل سلبي حتى مع الرقم المقابل للبلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي والتي وصل فيها إلى 325 دولار أمريكي. وكنسبة مئوية من ناتجها المحلي الإجمالي الكلي، كإنفاق على الصحة في دول منظمة التعاون الإسلامي نحو 4.4 في المائة مقارنة مع 6.4 في المائة في البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي و 10.0 في المائة في العالم. وعموماً، شكلت النفقات الصحية 7.9 في المائة فقط من مجمل النفقات الحكومية في دول منظمة التعاون الإسلامي وذلك بالمقارنة ب 18.1 في المائة في البلدان المتقدمة، 15.6 في المائة في العالم و 11.0 في المائة في البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي.

غطى التمويل العام حوالي 54 في المائة من مجموع النفقات الصحية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي بالمقارنة مع 59.5 في المائة في العالم و 53 في المائة في البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي. وبشكل عام، يلاحظ أن تغطية نظم الدفع المسبق، العامة والخاصة، لا تزال منخفضة جداً في بلدان منظمة التعاون الإسلامي في حين أنه تم تمويل 38 في المائة من مجموع النفقات الصحية من خلال مدفوعات الجيب في هذه الدول مقارنة مع 19 في المائة في العالم و 34 في المائة في البلدان النامية الأخرى.

القوى العاملة الصحية ومرافق الرعاية الصحية

تشير الدلائل إلى أن هناك علاقة إيجابية قوية بين كثافة القوى العاملة الصحية وتغطية الخدمات والنتائج الصحية في البلد/المنطقة. إذ أن مع 8 أطباء و 17 ممرض وقابلة فقط، سجلت كثافة العاملين في مجال الصحة في دول منظمة التعاون الإسلامي (25 عامل لكل 10,000 نسمة) أعلى بقليل من المرحلة الحرجة والتي تبلغ 23 والتي تعتبر ضرورية لتقديم الخدمات الصحية الأساسية في البلد/المنطقة. تم الإبلاغ عن هذه النسبة في 41 للبلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي 46 في العالم و 118 للدول المتقدمة.

في المتوسط، كان هناك 6.7 مراكز الصحية لكل 100,000 من السكان في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وهو مستوى أقل تماماً من المتوسط العالمي البالغ 14.8 ومتوسط البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي (24.4). وبالمثل، فإن متوسط عدد المراكز الصحية الذي تم تقييده بلغ 2.1 لكل 100,000 شخص في بلدان منظمة التعاون الإسلامي مقارنة مع 2.9 في العالم. وبمتوسط 0.9 من المستشفيات لكل 100,000 شخص، تعتبر دول منظمة

التعاون الإسلامي متخلفة أيضاً عن متوسطات دول العالم والدول غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي (1.3 و 1.5 على التوالي) من حيث توفر المستشفيات على مستوى الأحياء والمقاطعات وعلى المستوى التخصصي وعدد الأسرة في المستشفيات هو مؤشر مهم على الموارد المتاحة لرعاية المرضى الداخليين والوصول الشامل لخدمات المستشفيات. وفي 2007-2013، كان هناك عدد 9.5 من المستشفيات لكل 100,000 شخص في بلدان منظمة التعاون الإسلامي بالمقارنة مع 22.6 في البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي، مثل 24.5 في العالم، ونسبة 66.6 في البلدان المتقدمة.

صحة الأم وصحة وتغذية حديثي الولادة والأطفال

معدل وفيات الأطفال والأمهات

على مدى العقدين الماضيين، شهدت العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي تحسناً كبيراً في تغطية الرعاية الصحية والخدمات، وبالتالي، عرفت انخفاض في معدلات وفيات الأطفال حديثي الولادة والأمهات. وفقاً لأحدث التقديرات، وبدءاً من أعلى معدل أساسي 520 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حية في عام 1990 فإن دول منظمة التعاون الإسلامي تمكنت من خفض معدل وفيات الأمهات (MMR) بنسبة 44 في المائة لتصل إلى 293 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حية في عام 2013. وبالمثل، فإن وفيات الأطفال قد انخفض معدلها أيضاً من 125 لكل 1000 ولادة حية في عام 1990 إلى 66 لكل 1000 ولادة حية في عام 2013، أي ما يعادل انخفاضاً بنسبة 47 في المائة. ومع ذلك، وعلى الرغم من هذا التحسن، قامت مجموعة منظمة التعاون الإسلامي بأقل قدر من التقدم في الحد من وفيات الأمهات والأطفال منذ عام 1990. وفيات الأطفال تراجعت عبر المجموعات الإقليمية في منظمة التعاون الإسلامي ولكن الصحراء الفرعية وأفريقيا وجنوب آسيا ظلت ضمن أكثر الأماكن الصعبة بالنسبة للأم والطفل.

الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال

الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال دون سن الخامسة في دول منظمة التعاون الإسلامي مماثلة لتلك التي في البلدان النامية الأخرى. ففي عام 2013، تسببت ثلاثة أمراض المعدية في حوالي 43 في المائة من وفيات الأطفال دون سن الخامسة: الالتهاب الرئوي/الإنفلونزا (23 في المائة) والملاريا (11 في المائة) والإسهال (9 في المائة). وبين مضاعفات الحمل والولادة ذات الصلة، ظل الخداج (15 في المائة) السبب الرئيسي في الوفيات دون سن الخامسة يليه الاختناق أثناء الولادة (11 في المائة) والتشوهات الخلقية (6 في المائة).

تغطية العناية الصحية

يمكن تجنب غالبية وفيات الأمهات والمواليد والأطفال من خلال تدخلات مثل الرعاية ما قبل الولادة والقابلات الماهرات أثناء الولادة والتحصين والرعاية المبكرة التي تقي من الأمراض المعدية. ظل توفير الرعاية النوعية السابقة للولادة مصدر قلق كبير في العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي مع إستفادة 80 في المائة من مجموع النساء الحوامل من معايير ما قبل الولادة و 56 في المائة يستفيدون من أربعة معايير ما قبل الولادة والتي أوصت بها

منظمة الصحة العالمية. في كلتا الحالتين، فإن المعدل لمنظمة التعاون الإسلامي ظل دون متوسطات العالم والبلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي خلال 2008-2012. وهناك عدد كبير من الولادات في دول منظمة التعاون الإسلامي لا تزال تجري دون مساعدة كما أن 62 في المائة من الولادات كانت بمساعدة طبيب أو ممرضة أو قابلة في 2008-2012 مقابل 70 في المائة في البلدان النامية وغير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي و 67 في المائة في العالم. وزاد تطعيم اللقاح الثلاثي DTP3 في دول منظمة التعاون الإسلامي من 67 في المائة في عام 2000 إلى 80 في المائة في عام 2013. وعلى الرغم من التغطية ظلت معدلات بلدان منظمة التعاون الإسلامي أقل قليلاً من العالم (84 في المائة)، والبلدان النامية وغير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي بمتوسط (83 في المائة)، فهم مازالوا يلحقون بالركب بصورة متسارعة مع زيادة 13 نقطة مئوية خلال 2000-2013.

الحالة الغذائية

تشير أحدث التقديرات إلى أن حوالي 33 في المائة من الأطفال دون سن الخامسة في دول منظمة التعاون الإسلامي توقف نومهم 2009-2013 مقابل 29 في المائة في البلدان النامية الأخرى وفي العالم. وخلال الفترة نفسها، سجلت نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن 21.3 في المائة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي بالمقارنة مع 20.8 في المائة في البلدان النامية الأخرى. ويمثل الهزال شكل حاد من نقص التغذية مع تزايد خطر المرض والموت للأطفال. أما على الصعيد العالمي يتوفى أكثر من 50 مليون طفل تحت سن 5 سنوات من العمر بصورة معتدلة أو حادة في 2009-2013، وهو ما يمثل نحو 10 في المائة من الأطفال. وبقي انتشار الهزال أكثر أو أقل في البلدان النامية وبلدان منظمة التعاون الإسلامي وغيرها وذلك بنسبة 11.1 في المائة و 9.4 في المائة على التوالي. وعلى الرغم من ذلك فإن زيادة الوزن ارتبطت مرة واحدة بصورة أساسية مع البلدان ذات الدخل المرتفع، فكان ما يقرب من 72 في المائة من الأطفال الذين يعانون من زيادة الوزن في العالم حوالي 42 مليون يعيشون في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل في 2009-2013. وشكلت دول منظمة التعاون الإسلامي 32 في المائة من مجموع الأطفال الذين يعانون من زيادة الوزن في العالم مع معدل انتشار زيادة الوزن 7.4 في المائة مقابل 4.6 في المائة في البلدان النامية الأخرى.

ممارسات التغذية

تعتبر التغذية السليمة وخاصة خلال العامين الأولين من الحياة أمر بالغ الأهمية من أجل بقاء نمو وتنمية الطفل. وتكشف أحدث التقديرات على ممارسات التغذية أنه على الرغم من الأهمية البالغة لحالة التغذية للأطفال، فإن عددا كبيرا من الرضع والأطفال لا يحظون بالرضاعة الطبيعية. وفي بلدان منظمة التعاون الإسلامي، 42.9 في المائة فقط من الرضع تم إرضاعهم طبيعياً خلال الساعة الأولى من الولادة و فقط نسبة 34.9 في المائة تم إرضاعهم طبيعياً خلال الأشهر الستة الأولى من الحياة مقارنة مع 44.9 في المائة و 37.4 في المائة في العالم. وتغطية الرضاعة الطبيعية حتى سن 2 بقي أفضل نسبياً في بلدان منظمة التعاون الإسلامي مع 46.7 في المائة من مجموع الأطفال الذين يرضعون حتى سن 2. و فيما يخص التغذية الملائمة للأطفال مع الأغذية التكميلية الكاملة والأمنة تكشف

التقديرات ذات الصلة أن حوالي ثلثي الأطفال في دول منظمة التعاون الإسلامي تم إطفامهم الأطعمة الصلبة وشبه الصلبة أو اللينة في 6-8 أشهر.

نقص المغذيات الدقيقة

نقص المغذيات الدقيقة مثل نقص فيتامين A (أ) والحديد واليود والزنك وحمض الفوليك هو ظاهرة شائعة جداً بين النساء والأطفال في البلدان النامية ذات الدخل المنخفض، بما في ذلك بعض بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وعلى الصعيد العالمي، تلقى حوالي ثلثي الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-59 شهراً جرعتين من فيتامين (أ) في 2009-2013 في حين سجلت هذه النسبة 69 في المائة لمنظمة التعاون الإسلامي و 61 في المائة بالنسبة للبلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي. وخلال الفترة نفسها، 59 في المائة من الأسر تستهلك الملح المعالج باليود على نحو كاف في دول منظمة التعاون الإسلامي مقابل 74 في المائة في البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي و 69 في المائة في العالم. وبقيت أنيميا نقص الحديد أيضاً تحدياً كبيراً، مما يؤثر على أكثر من 43 في المائة من الأطفال تحت سن 5 سنوات في العالم في عام 2011. بينما كان معدل انتشار فقر الدم 12 في المائة فقط في البلدان المتقدمة، وكانت الأعداد المهولة في البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي وتلك التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي مع 42 في المائة و 53 في المائة على التوالي من الأطفال الذين يعانون من فقر الدم.

الوقاية من الأمراض ومكافحتها

عبء الأمراض

الوقاية ومكافحة الأمراض والأوبئة هي واحدة من أكثر المجالات الهامة التي ينبغي تناولها في مجال الصحة. وبالنظر إلى الاتجاهات العامة في معدلات الاعتلال والوفيات (أي انتشار الوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية وغير المعدية، وكذلك الإصابات) أسباب محددة تكشف أنه في دول منظمة التعاون الإسلامي تسببت الأمراض غير المعدية في 55.3 في المائة من مجموع الوفيات في 2012. كل عام عدد متزايد من الناس يموت من الأمراض غير المعدية (NCDs) في دول منظمة التعاون الإسلامي نابعة من الاتجاهات الإيجابية التي ظهرت في عوامل الخطر (مثل استخدام الكحول على نحو ضار ووالسمنة). وفي بلدان منظمة التعاون الإسلامي، نجد أن الأمراض المعدية مسؤولة عن 33.8 في المائة من مجموع الوفيات في عام 2012، والذي يتجاوز بكثير متوسط البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي (27.5 في المائة) والمتوسط العالمي (25.4 في المائة). وذلك لأن مستويات التنمية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي ترتفع. أصبحت الأمراض غير المعدية مشكلة أكثر خطورة ضمن مجموعة منظمة التعاون الإسلامي بصفة عامة. ومع ذلك، فإن عدداً كبيراً من بلدان منظمة التعاون الإسلامي تواصل النضال مع أوبئة الأمراض المعدية التي يمكن الوقاية منها.

مدة الحياة المتوقعه عند الولادة

على الرغم من أن متوسط العمر المتوقع عند الولادة (LEB) في دول منظمة التعاون الإسلامي قد اتبع اتجاهًا إيجابيًا على مدى العقود الماضية، والذي تم تسجيله خلال 66.3 سنة في عام 2013؛ يمثل نسبة أقل بكثير من متوسط البلدان النامية الغير تابعة لمنظمة التعاون الإسلامي (70.1).

الأمراض المعدية وغير المعدية

مقارنة مع التسعينيات، أظهرت حالات فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز نمطاً متزايداً في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. في عام 2013، تم تشخيص 1.44 في المائة من مجموع السكان في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي ضد فيروس نقص المناعة البشرية. وفي المتوسط، 64.4 في المائة من السكان الذين تم الوصول إليهم ويمكنهم الوصول إلى المرافق الصحية المحسنة و82.1 في المائة من السكان الذين تم الوصول إليهم يمكنهم استخدام مصادر المياه المحسنة اعتباراً من عام 2012 في دول منظمة التعاون الإسلامي. تعني هذه الأرقام أن العديد من الأطفال والبالغين معرضون لخطر الموت بسبب الإسهال الذي ينبع أساساً من مياه الشرب غير النظيفة والصرف الصحي غير الصحي. ارتفع عدد الأشخاص الذين يعانون من الملاريا أيضاً في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي. وارتفعت الحالات الإجمالية للملاريا المبلغ عنها في بلدان منظمة التعاون الإسلامي من نحو 14.1 مليون في 2001- إلى 20.4 مليون في عام 2013. وفي المقابل، فإن عدد حالات السل في بلدان منظمة التعاون الإسلامي قد إتبع نمطاً سلبياً. وقد انخفضت الإصابة بالسل من 144.3 (لكل 100,000 نسمة) في 1990- إلى 125.5 في عام 2013. في عام 2014، ثلاث دول فقط وهي أفغانستان ونيجيريا وباكستان بقيت من البلدان التي يستوطن فيها شلل الأطفال في العالم، وكلها دول تابعة لمنظمة التعاون الإسلامي. هنالك تحليلاً على الوفيات الناجمة عن الأمراض غير المعدية يعرض صورة متناقضة لبلدان منظمة التعاون الإسلامي. فعلى سبيل المثال، في حين كان معدل الوفيات الناجمة عن أمراض القلب والأوعية الدموية 378 في عام 2000، انخفض هذا المعدل إلى 337 (للجنسين) في عام 2012. وبين عامي 2000 و 2012، مع ذلك، سجلت بلدان منظمة التعاون الإسلامي زيادة طفيفة 40-42 في معدل الوفيات الناجمة عن مرض السكري.

عوامل الخطر

ظهرت رسالة مثيرة للقلق بالنسبة للحالة العامة للصحة والوقاية من الأمراض ومكافحتها لمجموعة منظمة التعاون الإسلامي نتيجة للتحليل على عوامل الخطر تراوحت بين استخدام الكحول على نحو ضار و السمنة. فاستخدام الكحول على نحو ضار في دول منظمة التعاون الإسلامي يبين اتجاهًا متزايداً مع متوسط استهلاك الكحول للفرد من 1.95 لتر في 2001- إلى 2.38 في عام 2011. وعلى الرغم من أن هناك اتجاهًا نحو الانخفاض في استخدام التبغ، لا يزال التدخين عامل خطر مهم خصوصاً بين السكان الذكور في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وبالإضافة إلى ذلك، في المتوسط، كان انتشار النشاط البدني الكافي في دول منظمة التعاون الإسلامي أعلى (27.8 في المائة) بين جميع الدول. كنتيجة طبيعية لعدم كفاية النشاط البدني والنظام الغذائي غير الصحي، وزاد انتشار السمنة من 15.2 في

المائة في عام 2010 إلى 17 في المائة في عام 2014 في دول منظمة التعاون الإسلامي. وعلى وجه الخصوص، فإن البلدان ذات الدخل المرتفع في منظمة التعاون الإسلامي تعاني أكثر من السمنة.

الأدوية واللقاحات والتكنولوجيات الطبية

الأدوية واللقاحات

في عام 2013، تم تقدير قيمة سوق الدواء في العالم بقيمة 989 مليار دولار أمريكي مع نسبة نمو بلغت 2.5 في المائة عن العام السابق. أما في عام 2014، تم تقييم الصادرات الدوائية لمنظمة التعاون الإسلامي بقيمة 0.7 مليار دولار أمريكي مقارنة بمبلغ 0.5 مليار دولار أمريكي في عام 2010، أي بزيادة قدرها 40 في المائة. وبقيت منطقة الشرق الأوسط أكبر منطقة مصدرة في منظمة التعاون الإسلامي بحصة بلغت 38 في المائة في عام 2014. ومن ناحية أخرى، شهدت واردات الأدوية في منظمة التعاون الإسلامي اتجاهاً تصاعدياً وارتفعت من 4.5 مليار دولار أمريكي في عام 2010 إلى 6 مليار دولار أمريكي في عام 2013 قبل أن تنخفض إلى 4.8 مليار دولار أمريكي في عام 2014. وفرة الأدوية الوسيطة الجنيسة المختارة لقطاع الصحة العام تراوحت بين 35 في المائة و 96.7 في المائة (بمتوسط عام 71.9 في المائة) (الشكل 5.2). وبالمثل، في القطاع الصحي الخاص، تمثل دول منظمة التعاون الإسلامي بنية متجانسة، مع توفر متوسط يتراوح من 57.8 في المائة إلى 96.7 في المائة (بمتوسط عام 77.6 في المائة). ظلت الطاقة الإنتاجية لللقاحات أيضاً منخفضة جداً في جميع أنحاء دول منظمة التعاون الإسلامي. وفقاً لأحدث التقديرات، اثنين فقط من دول منظمة التعاون الإسلامي وهي: إندونيسيا وإيران والتي لديها قدرات التصنيع الجيدة في حين يتميز منتجي اللقاحات الآخرين مثل السنغال وأوزبكستان وبنغلاديش وتونس ومصر بالطاقات الإنتاجية المنخفضة. ويلاحظ أن اندونيسيا هي العضو الأكثر تميزاً في الأداء مع حصة 10 في المائة من إنتاج اللقاح عالمياً وهي ثالث أكبر منتج للقاح بعد الصين والهند.

التكنولوجيا الطبية

في عام 2013، تتوفر 19 من أصل 44 دولة في منظمة التعاون الإسلامي (43 في المائة) على سياسة وطنية للتكنولوجيا الصحية. ومع ذلك، هناك 25 من أصل 44 دولة في منظمة التعاون الإسلامي (57 في المائة) التي ليس لديها مثل هذه السياسات. إذ تمثل التصوير المقطعي (CT) وحدة المسح الضوئي من القطاعين العام والخاص أعلى كثافة للأجهزة الطبية بين دول منظمة التعاون الإسلامي مع عدد 151 جهاز تصوير مقطعي لكل مليون من السكان.

إدارة المخاطر في حالات الطوارئ الصحية

البلدان المتضررة صحياً من الصراعات

تواجه البلدان المتأثرة بالصراعات عواقب وخيمة في الخدمات الصحية والنتائج. وعلى الرغم من أن بعض دول منظمة التعاون الإسلامي قد حققت تقدماً في مجال إدارة مخاطر الكوارث والاستجابة الصحية المرتبطة بها، تبقى قدرات البلدان متغيرة للغاية. فالنظم الصحية وإدارة المخاطر في حالات الطوارئ ضعيفة ويندرج استمرار انعدام الأمن بسبب النزاعات وانعدام فرص الحصول على الموارد والتكنولوجيا في العوامل الرئيسية التي تؤثر على القدرات.

يوفر هذا القسم أيضاً معلومات موجزة عن النهج العنقودي والمستشفيات الآمنة الصحية والتكامل مع الفرق الطبية الأجنبية في آلية الاستجابة الشاملة.

قدرات الخدمات الصحية في حالات الطوارئ

في حين لا توجد بيانات على المستوى القطري لتقييم ومقارنة قدرات واحتياجات البلدان في مجال الخدمات الصحية الطارئة الحالية، هناك دراسة واحدة فقط عالمية للتقييم الذي أجرته منظمة الصحة العالمية في هذا المجال في عام 2008، وتقارير قليلة فردية للتقييم لكل بلد على حدة تم إعدادها من مكتب منظمة الصحة العالمية في أوروبا. تعكس هذه التقارير أن هناك اختلافات كبيرة بين البلدان من حيث القدرة على الإدارة الصحية في حالات الطوارئ. من أجل إجراء تحليل شامل على القدرات الحالية لدول منظمة التعاون الإسلامي، هناك حاجة إلى إجراء دراسات تقييم لكل بلد. مجموعة الأدوات التي وضعتها منظمة الصحة العالمية لتقييم قدرات إدارة الطوارئ يمكن استخدامها من قبل دول منظمة التعاون الإسلامي لتقييم قدراتها الحالية ومعالجة الثغرات.

المعلومات والبحوث والتعليم والإرشاد

جودة التعليم الصحي

هناك صلة قوية بين مستوى المعلومات والتعليم ونتائج الإرشاد والصحة في بلد ما. يمكن للتشخيص الصحيح والعلاج الفعال أن ينقذ الملايين من الناس سواء في بلدان منظمة التعاون الإسلامي أو أجزاء أخرى من العالم. وتكشف المناقشة في هذا القسم أن العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي، خاصة تلك الواقعة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، تعاني من عدم كفاية عدد العاملين في مجال الصحة. وبالإضافة إلى ذلك، بسبب التغيرات في خصائص المرضى والتطورات في التكنولوجيا ازدادت حدة القلق على نوعية التثقيف الصحي وتدريب العاملين في مجال الصحة عالمياً. كما أن بلدان منظمة التعاون الإسلامي ليست استثناءً في هذه الحقيقة. وفي هذا السياق، تحتاج العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي لرفع من مستوى جودة التعليم الصحية المقدمة في المؤسسات التعليمية.

التوعية العامة والصحة

إن أهمية الوعي العام لمجتمعات صحية هي من الأشياء المسلم بها أيضاً. وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، يمكن منع الغالبية العظمى من أمراض القلب والسكتات الدماغية والسكري من النوع 2 وحالات السرطان فقط عن طريق تثقيف وإعلام الناس عن اتباع نظام غذائي صحي وممارسة النشاط البدني/ممارسة الرياضة وعدم استخدام التبغ. ومثل نظيراتها النامية، فإن العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي تعاني من ضعف مستوى المعلومات الصحية والوعي. لوحظ أن الوضع حرج ولا سيما في البلدان ذات الدخل المنخفض التي تسود فيها العديد من الأساطير والمحرمات التي تؤدي إلى انخفاض استخدام خدمات الرعاية الصحية التي تعتبر بالغة الأهمية للحفاظ على صحة الناس.

تعتبر الصحة عامل حاسم في رفاه البشرية. وهي ذات إسهامات مهمة في التقدم الاقتصادي لطالما أن الأشخاص الأصحاء يعيشون حياة أطول وأكثر إنتاجية. وهنالك عوامل عديدة ومتنوعة تؤثر على الحالة الصحية وقدرة الدولة على توفير الخدمات الصحية الجيدة لشعبها. تلعب وزارات الصحة دورا رئيسيا في توفير الخدمات الصحية؛ ومع ذلك، فإن الوكالات الحكومية والمؤسسات المانحة ومنظمات المجتمع المدني تساهم أيضا في الأداء العام للقطاع الصحي.

على مدى العقود الأخيرة، اكتسبت مسألة الصحة أهمية أكبر كمحرك رئيسي للتقدم الاجتماعي والاقتصادي في جميع أنحاء العالم من أي وقت مضى، ذلك مع المزيد من الموارد التي يتم استثمارها في هذا القطاع. وبالبحث على نطاق واسع، فالناس اليوم هم أكثر صحة وثراء ويعيشون حياة أطول مما كانت عليه قبل 50 عاما. وتشير أحدث التقديرات إلى أنه إذا كان الأطفال لا زالو يموتون بمعدلات عام 1990، لما كان هناك 4.5 ملايين حالة وفاة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي في عام 2013 (حيث كان الرقم الفعلي 2.9 مليون). ويعني هذا الاختلاف من 1.6 مليون أن حياة 4372 طفل يتم الحفاظ عليها كل يوم. ومع ذلك، على الرغم من هذا التقدم الملحوظ، فإن دول منظمة التعاون الإسلامي كمجموعة حققت أقل مكاسب في الحد من وفيات الأمهات والأطفال منذ عام 1990. ونتيجة لذلك، فإن العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي سوف تغيب عن الهدف الإنمائي للألفية 5 (الأهداف الإنمائية للألفية 5) من ثلاثة أرباع تخفيض معدل وفيات الأمهات التي تمثل أهداف الإنمائية للألفية 4 إلى ثلثي التخفيضات في معدل وفيات الأطفال بحلول نهاية عام 2015.

لا زال يعاني الناس الذين يعيشون في العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي، وخاصة في جنوب آسيا ومنطقة أفريقيا جنوب الصحراء من خدمات الرعاية الصحية فقيرة ويرجع ذلك أساسا إلى عدم وجود موارد مالية كافية ومستدامة وضعف البنية التحتية الصحية وعدم كفاية القوى العاملة الصحية المدربة. فطبيعة وحجم هذه التحديات الرئيسية يتطلب التزاما أكبر من الحكومات على وضع القطاع الصحي في مستوى أعلى في برامج التنمية الوطنية وبناء البنية التحتية الصحية وتدريب القوى العاملة لتلبية الطلبات الحالية والمستقبلية للخدمات الصحية. وفي هذا الصدد، من المتوقع أن برنامج الصحة الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي (OIC-SHPA) 2014 - 2023، الذي تم إعداده من قبل مركز أنقرة بالتعاون مع دول منظمة التعاون الإسلامي والمنظمات الدولية ذات الصلة، والذي إعدده المؤتمر الإسلامي الرابع لوزراء الصحة، أن يلعب دورا رئيسيا من خلال تقوية وتعزيز التعاون والتنسيق في القضايا الصحية المختلفة في دول منظمة التعاون الإسلامي.

وعلى هذه الخلفية، فالتقرير الخاص بالصحة في منظمة التعاون الإسلامي 2015 يلقي بالضوء على الحالة الصحية في دول منظمة التعاون الإسلامي من منظور مقارن. ولتمهيد الطريق، فإن القسم 2 من التقرير يقيم أداء النظم الصحية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي الذي يؤكد على ضرورة توفير اللبنة الهامة مثل النفقات الصحية والتمويل والقوى العاملة الصحية والبنية التحتية الصحية. ويناقش القسم 3 الوضع الحالي للأمهات وحديثي الولادة وصحة الطفل والتغذية من خلال تسليط الضوء على أنماط وفيات الأمهات والأطفال الحالية وجها لوجه مع تنفيذ التدخلات ما قبل الولادة التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية مثل المتابعة والتطعيم ووجود العناية أثناء الولادة والرضاعة الطبيعية. وللحد من معدل الوفيات وسوء التغذية. تجري مناقشة الاتجاهات الحديثة في انتشار الأمراض السارية وغير السارية، عبء الموت بسببها والتقدم نحو معالجة عوامل الخطر الرئيسية وتحليلها في القسم 4. أما القسم 5 يسلط الضوء بالتفاصيل عن حالة الأدوية واللقاحات وإنتاج التقنيات الطبية وآليات الشراء في دول منظمة التعاون الإسلامي جنبا إلى جنب مع توفر الأدوية الأساسية. ويركز القسم 6 على الموارد الحالية والقدرات من أجل الاستجابة الصحية الطارئة والتدخلات في دول منظمة التعاون الإسلامي إلى جانب بعض الثغرات المشتركة في الاستجابة الإنسانية للقطاع الصحي ذات الصلة مع إدارة المعلومات وتحليلها والتخطيط الاستراتيجي والتنسيق وتقديم الخدمات. ويركز القسم 7 على الصلات بين مستوى المعلومات والتعليم ونتائج الإرشاد والصحة في دول منظمة التعاون الإسلامي من خلال التحقيق في نوعية التعليم الصحي ومستوى الوعي حول الآثار الضارة للمخدرات والاستخدام غير الرشيد للأدوية. وتتلخص النتائج الرئيسية للتقرير في القسم 8. يختتم التقرير بتوصيات بشأن السياسات التي تهدف إلى تعزيز تنفيذ التدخلات على مستوى التعاون الوطني داخل منظمة التعاون الإسلامي وعلى المستوى الدولي على حد سواء لتحسين الحالة الصحية في دول منظمة التعاون الإسلامي.

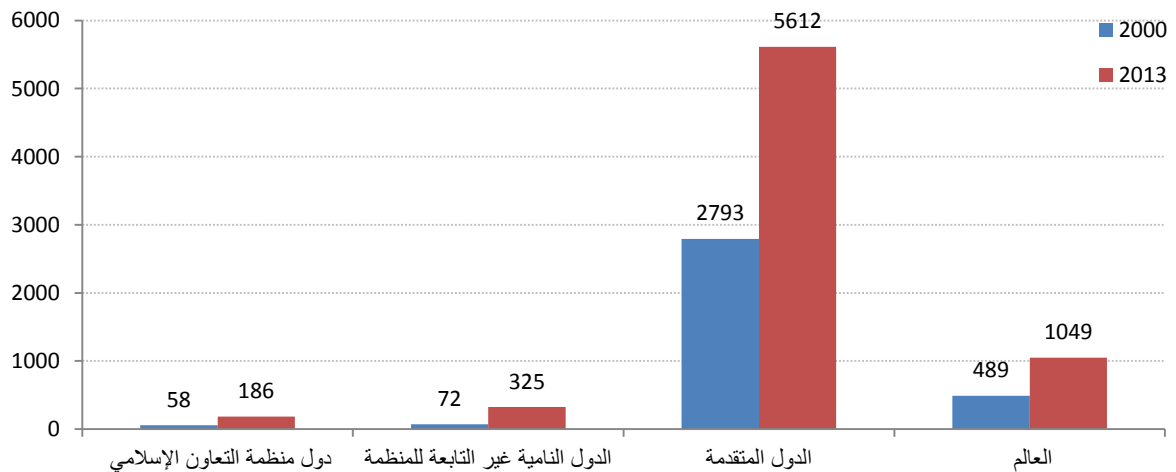
وفقاً لتعريف منظمة الصحة العالمية (WHO)، النظام الصحي هو عبارة عن مجاميع مجموع كل المنظمات والمؤسسات والموارد التي تتوفر في إطار الغرض الأساسي لتحسين الحالة الصحية. ويمهد النظام الصحي جيد الأداء الطريق لصحة السكان، لمجتمع سليم واقتصاد سليم. ومن أجل بلوغ هذا الهدف فإن النظام الصحي يتطلب آلية تمويل قوية، قوة عاملة مدربة جيداً وتتقاضى رواتب كافية ومعلومات موثوقة يتم على أساسها اتخاذ القرارات والسياسات ومرافق جيدة الصيانة والخدمات اللوجستية لتقديم نوعية الأدوية والتكنولوجيات (WHO، 2014). وبشكل عام، يشمل تعزيز النظام الصحي جميع تلك الإجراءات والأنشطة والإجراءات التي تهدف إلى تحسين الوضع فيما يتعلق باللبنيات المذكورة آنفاً من النظام الصحي في البلد / المنطقة. في ضوء هذا الفهم، يقيم هذا القسم أداء النظم الصحية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي من حيث التمويل الصحي القوى العاملة والبنية التحتية.

1.2 النفقات الصحية والتمويل

1.1.2 النفقات الصحية للفرد

يعتبر أن مجموع النفقات الصحية للفرد هو مؤشر مهم على استهلاك السلع والخدمات الصحية على المستوى الجزئي. وكما هو مبين في الشكل 1.2، فإن مجموع حصة الفرد في النفقات الصحية (من حيث الدولارات الأمريكية الحالية) قد زاد في جميع أنحاء العالم بين عامي 2000 و 2013. وفي عام 2013، فقد بلغ مجموع النفقات الصحية للفرد في دول منظمة التعاون الإسلامي نحو 186 دولار أمريكي. هذا يتناقض بالسلب حتى مع الرقم المقابل للبلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي، والذي كان يمثل نحو 325 دولار أمريكي. فنصيب الفرد من الإنفاق على الصحة المسجلة في البلدان المتقدمة كان 30 مرة أعلى من المتوسط في منظمة التعاون الإسلامي في عام 2013. ومع ذلك، فمن الجدير بالذكر أن في الإنفاق على الرعاية الصحية للفرد في دول منظمة التعاون الإسلامي تضاعف ثلاث مرات في عام 2013 عن مستواه الذي كان 58 دولار أمريكي في عام 2000.

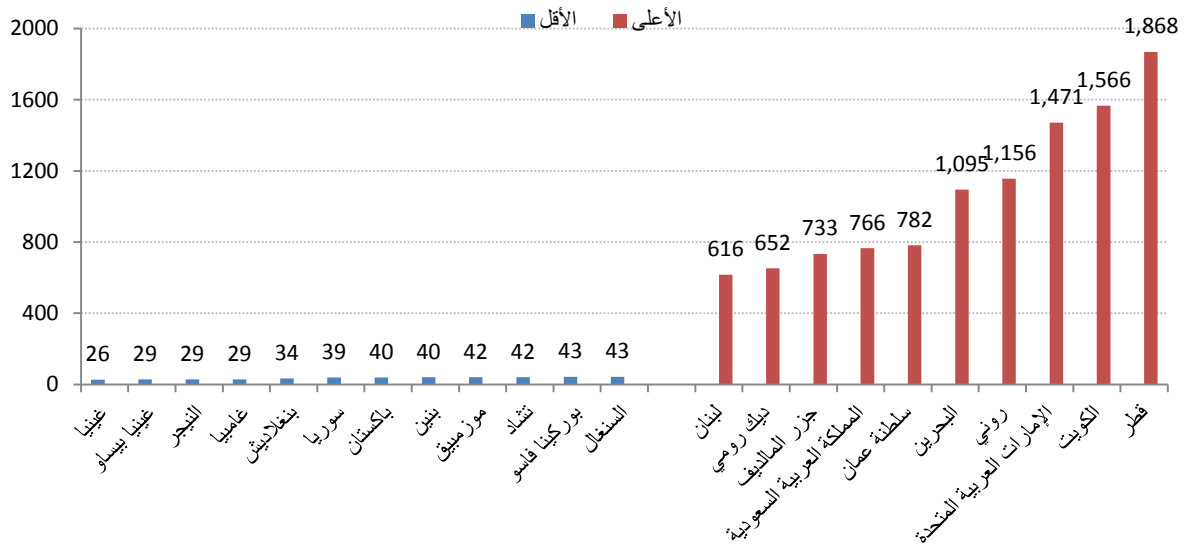
الشكل 1.2 : النفقات الصحية للفرد (بالدولار الأمريكي الحالي)



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

يمكن ملاحظة الكثير من الاختلاف في مستويات الإنفاق على الرعاية الصحية في دول منظمة التعاون الإسلامي (الشكل 2.2)، بدءاً من قطر مع إجمالي الإنفاق الصحي للفرد 1868 دولار أمريكي إلى غينيا مع الإنفاق 26 دولار أمريكي فقط. بشكل عام، فإن النفقات الصحية للفرد ظلت أعلى في بلدان منظمة التعاون الإسلامي في منطقة الشرق الأوسط. ومن بين هذه البلدان، ذكرت قطر كأعلى نصيب للفرد من إجمالي النفقات الصحية تلها الكويت والإمارات العربية المتحدة. من ناحية أخرى، كانت غالبية بلدان منظمة التعاون الإسلامي في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء من بين أسوأ البلدان أداءً. بقي الوضع الحرج لا سيما في غامبيا، النيجر، وغينيا بيساو، وغينيا، مع إنفاق الفرد الصحية الذي بنحو أقل من 30 دولار أمريكي. في عام 2013، نصيب الفرد من النفقات على الصحة لا يزال أقل من المتوسط في منظمة التعاون الإسلامي على نطاق 30 دولة من دول منظمة التعاون الإسلامي.

الشكل 2.2: دول منظمة التعاون الإسلامي مع أدنى وأعلى نصيب للفرد من النفقات الصحية، 2013



المصدر: منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

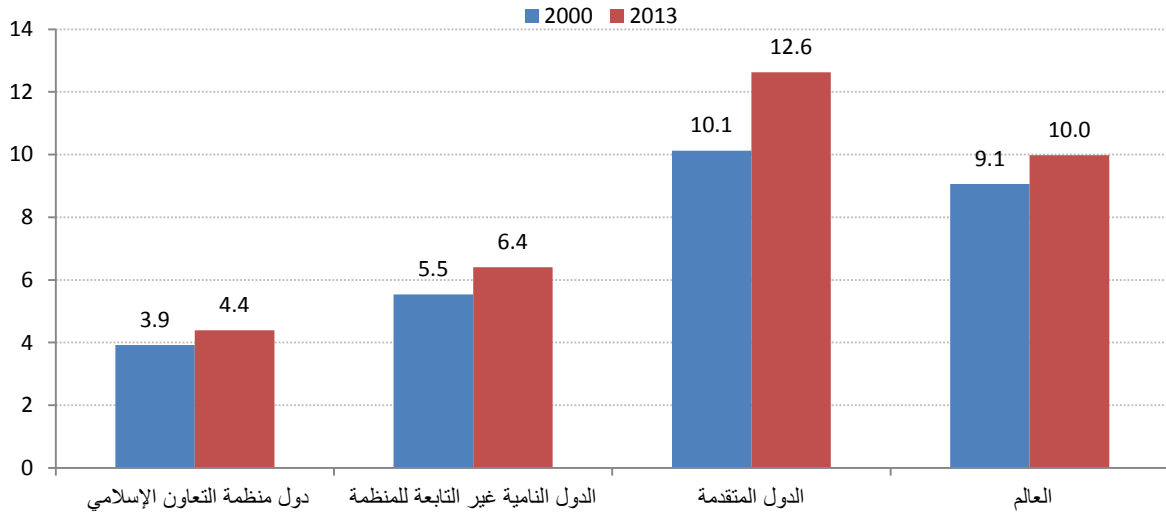
2.1.2 النفقات الصحية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي

تشير آخر التقديرات إلى أن العالم ينفق ما مجموعه 7375 مليار دولار أمريكي على الرعاية الصحية في عام 2013. التوزيع الجغرافي للموارد المالية للصحة غير المتكافئ وظل الإنفاق العالمي على الرعاية الصحية يتركز بشكل كبير في البلدان المتقدمة والتي تمثل 76 في المائة من المجموع العالمي للإنفاق على الرعاية الصحية. وبقي الإنفاق على الرعاية الصحية مصدر قلق كبير في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. في حين أنها تمثل ما يقرب من ربع سكان العالم، شكلت دول منظمة التعاون الإسلامي فقط 4.0 في المائة من الإنفاق الصحي العالمي. كما هو مبين في الشكل 3.2، بلغ مجموع الإنفاق على الصحة في دول منظمة التعاون الإسلامي نحو 4.4 في المائة من ناتجها المحلي الإجمالي في عام 2013 مقارنة مع 6.4 في المائة في البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي. هذا أيضاً أقل بكثير من المعدلات العالمية للدول المتقدمة من 10.0 في المائة و 12.6 في المائة على التوالي. بين عامي 2000 و 2013، فإن حصة الناتج المحلي الإجمالي المخصصة للصحة بنسبة نصف نقطة مئوية في دول منظمة التعاون الإسلامي، في حين

ارتفعت بنسبة 0.9 نقطة مئوية في كل البلدان النامية وغير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي في العالم. وخلال الفترة نفسها، سجلت الدول المتقدمة زيادة قدرها 2.5 نقطة مئوية (الشكل 3.2).

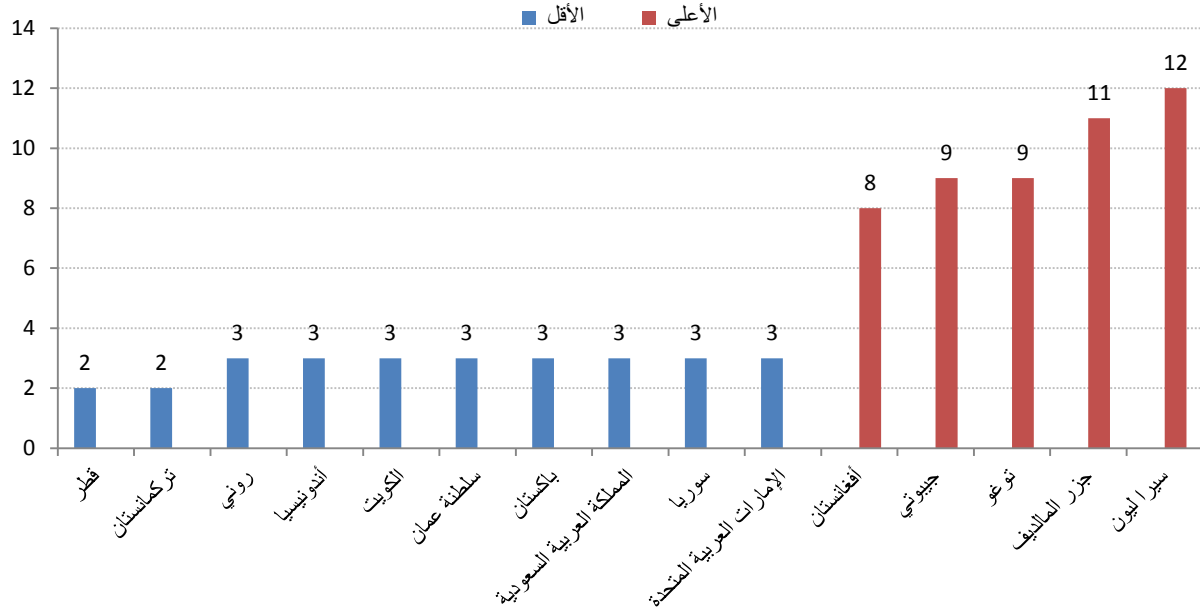
في معظم بلدان منظمة التعاون الإسلامي، التي تتوفر عنها البيانات، تراوح مجموع الإنفاق على الصحة من 4.0 في المائة إلى 7.0 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي. كما هو مبين في الشكل 4.2 سيراليون وجزر المالديف هي من البلدان التي تخصص نحو أعلى مع 12 في المائة و 11 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي، على التوالي، مكرسة للصحة. أعلى 5 بلدان منفقة هي بلدان منخفضة الدخل باستثناء جيبوتي وجزر المالديف، والتي هي دول ذات دخل متوسط وأعلى من المتوسط، على التوالي. على الجانب الآخر من المقياس، شكلت النفقات الصحية 2 في المائة فقط من الناتج المحلي الإجمالي في تركمانستان، الإمارات العربية المتحدة وقطر. بين عامي 2000 و 2013، ارتفعت حصة النفقات الصحية في الناتج المحلي الإجمالي في 35 دولة في منظمة التعاون الإسلامي، التي تتراوح بين زيادة بنسبة 1.0 نقطة مئوية في دولة الإمارات العربية المتحدة إلى زيادة بنسبة 4.0 نقطة في جزر المالديف، توغو، الجزائر، السودان والعراق. وفي الوقت نفسه، تراجع النسبة بين 1.0-4.0 نقطة مئوية في 10 بلدان تابعة لمنظمة التعاون الإسلامي. وسجلت لبنان وسورينام أعلى تراجع 4.0 نقطة مئوية تليها الأردن وذلك بانخفاض قدره 3.0 نقطة مئوية.

الشكل 3.2: النفقات الصحية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استنادا إلى منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

الشكل 2.4: دول منظمة التعاون الإسلامي مع أدنى وأعلى حصة من النفقات الصحية في الناتج المحلي الإجمالي، 2013

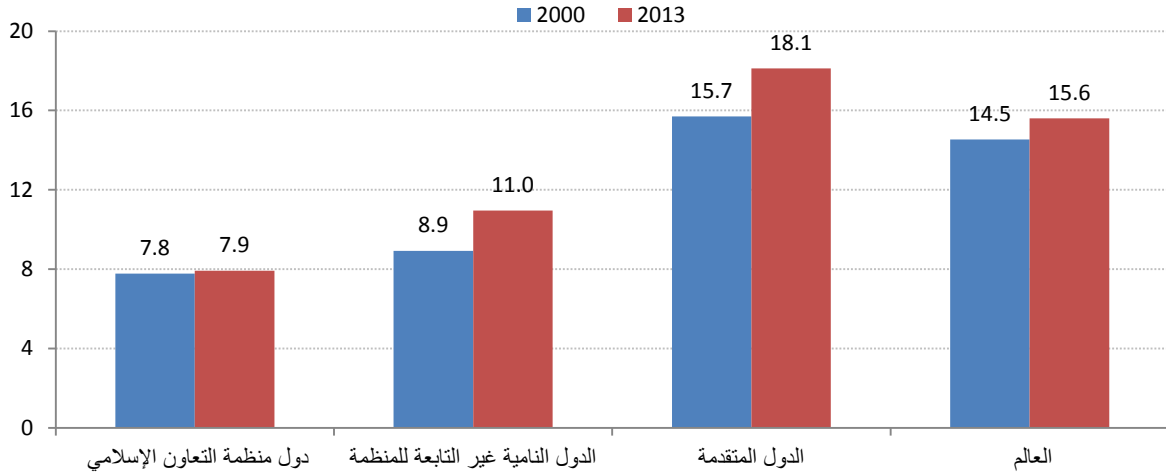


المصدر: منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

3.1.2 حصة النفقات الحكومية على الصحة

حصة النفقات الصحية الحكومية في إنفاقها الإجمالي هو مؤشر هام على الأهمية النسبية للقطاع الصحي في جدول أعمال التنمية الوطنية، وبالتالي، مؤشر على مدى الدعم المالي الحكومي للنظام الصحي. كما هو مبين في الشكل 5.2، كان الإنفاق الحكومي على الصحة في دول منظمة التعاون الإسلامي 7.9 في المائة فقط من الإنفاق الحكومي الإجمالي في عام 2013، مقارنة بـ 18.1 في المائة في البلدان المتقدمة، 15.6 في المائة في العالم و 11.0 في المائة في البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي. انخفاض حصة الإنفاق على الصحة في ميزانيات دول منظمة التعاون الإسلامي ليست مجرد نتيجة للقيود المالية العامة ولكن أيضاً بسبب تجاهل أولوية قطاع الصحة. النفقات الحكومية العامة في هذه البلدان تمثل نسبة عالية نسبياً (30 في المائة) من ناتجها المحلي الإجمالي، مشيراً إلى الحيز المالي المتاح لزيادة الإنفاق على الصحة. بين عامي 2000 و 2013، ارتفعت حصة إجمالي النفقات الحكومية المخصصة للصحة بنحو 0.1 نقطة مئوية فقط في دول منظمة التعاون الإسلامي، في حين ارتفعت بنسبة 2.0 نقطة مئوية في البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي وبنسبة 1.6 نقطة مئوية في العالم (الشكل 5.2). وخلال الفترة نفسها، سجلت الدول المتقدمة زيادة قدرها 2.4 نقطة مئوية.

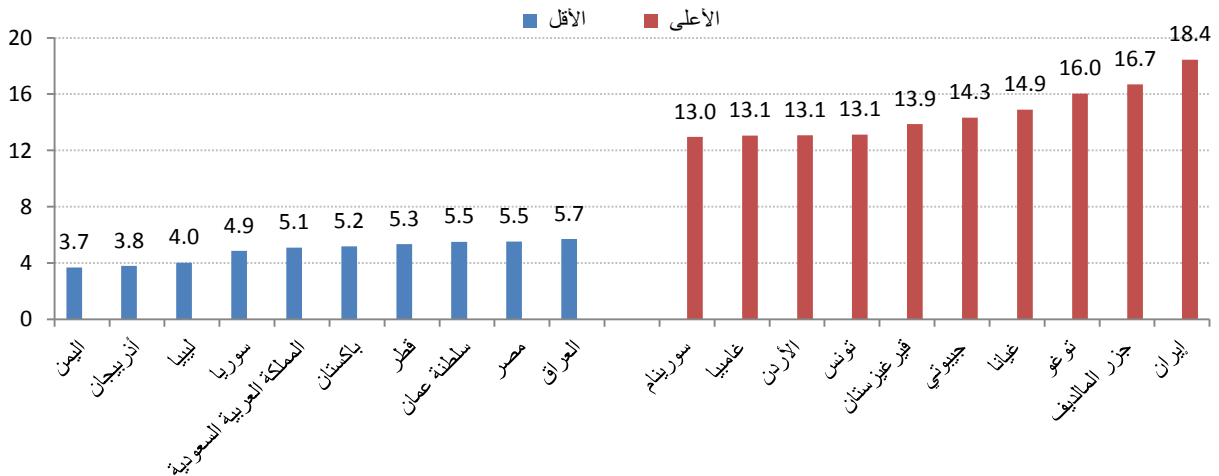
الشكل 5.2 : النفقات الصحية الحكومية في المائة من إجمالي الإنفاق الحكومي



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

على مستوى كل بلد على حدة، خصصت 20 دولة في منظمة التعاون الإسلامي أكثر من 10 في المائة من ميزانياتها الوطنية لقطاع الصحة في عام 2013. من بين هذه البلدان، سجلت إيران والمالديف وتوغو أعلى الأرقام بنحو 18.4 في المائة و 16.7 في المائة و 16.0 في المائة، على التوالي (الشكل 6.2). على الجانب الآخر من المقياس، خصصت أربع دول لمنظمة التعاون الإسلامي حتى أقل من 5 في المائة من ميزانياتها الإجمالية للقطاع الصحي في عام 2013. من بين هذه البلدان، سجلت اليمن أدنى نسبة (3.7 في المائة)، تليها أذربيجان (3.8 في المائة) وليبيا (4.0 في المائة). بين عامي 2000 و 2013، زادت حصة النفقات الصحية في الإنفاق الحكومي في 35 دولة في منظمة التعاون الإسلامي، التي تتراوح بين زيادة 0.6 نقطة مئوية في ماليزيا إلى زيادة 7.9 نقطة مئوية في توغو. وفي الوقت نفسه، تراجع بنسبة 0.1-7.5 نقطة مئوية في 18 دولة في منظمة التعاون الإسلامي، مع موزمبيق وتشاد وتركمانستان الذين سجلوا أعلى تراجع بمقدار 7.5، 5.7 و 5.3 نقطة مئوية على التوالي.

الشكل 6.2 : دول منظمة التعاون الإسلامي مع أدنى وأعلى حصة من الصحة في الميزانية، 2013



المصدر: منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

2.2 تمويل الرعاية الصحية

التمويل الصحي هو عنصر حاسم في النظام الصحي. ويرتبط أساساً مع خلق، تخصيص واستخدام الموارد المالية لتقديم خدمات الرعاية الصحية لجميع الناس بتكلفة معقولة وبأسعار معقولة. يتكون مجموع النفقات الصحية من القطاعين العام والمصادر الخاصة للرعاية الصحية. يشمل التمويل العام أساساً أموال من مخططات ميزانية الحكومة والضمان الاجتماعي في حين يشمل التمويل الخاص التأمين الصحي الخاص بشكل رئيسي ومدفوعات الجيب. الحصة النسبية لهذه المصادر في إجمالي النفقات الصحية لديها العديد من الآثار المترتبة على الوصول والإنصاف والاستدامة المالية لخدمات الرعاية الصحية في البلاد. هناك أدلة عالمية لتحقيق هدف التغطية الصحية الشاملة فمن الضروري توليد كمية كبيرة من الموارد المالية لتوفير الخدمات الصحية من خلال المساهمات المدفوعة مسبقاً والمجموعة مثل التمويل القائم على الضرائب، التأمين الصحي الاجتماعي والتأمين الصحي الخاص؛ في حين أن حصة الإنفاق من مدفوعات الجيب مباشرة على الصحة يجب أن يتم تخفيضها (WHO، 2015).

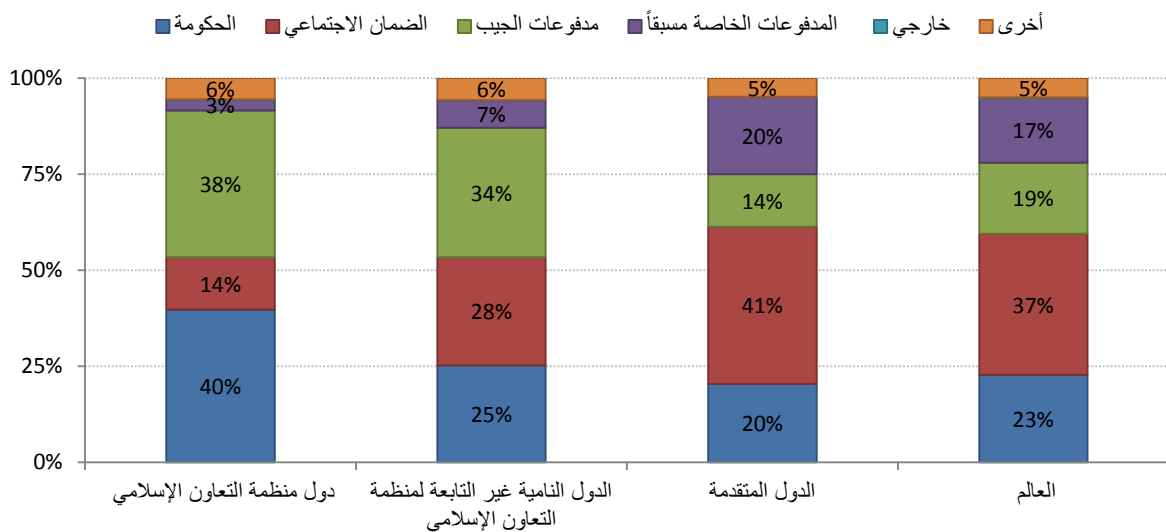
في جميع أنحاء العالم، القطاع العام هو المصدر الرئيسي للتمويل الصحي. لكن، بشكل عام، لا يزال تمويل الصحة العامة أعلى جداً في البلدان المتقدمة وعالية الدخل مقارنة مع البلدان النامية والبلدان ذات الدخل المنخفض. كما هو مبين في الشكل 7.2، استحوذ القطاع العام 59.5 في المائة من الإنفاق الصحي العالمي في عام 2013، مع مساهمة كبيرة من نظم الضمان الاجتماعي (37 في المائة). هذا ويمكن ملاحظة حالة مماثلة في حالة البلدان المتقدمة. ومع ذلك، التمويل العام لا تغطي سوى 54 و 53 في المائة من مجموع النفقات الصحية في البلدان النامية في منظمة التعاون الإسلامي وغير منظمة التعاون الإسلامي، على التوالي. الضمان الاجتماعي أو التأمين الصحي الاجتماعي هو واحد من أهم مصادر التمويل لتحقيق التغطية الصحية الشاملة. وفقاً لأحدث التقديرات، ويستخدم على نطاق واسع في البلدان المتقدمة (41 في المائة)، وأنه هو المصدر الرئيسي الثاني للتمويل الرعاية الصحية في هذه البلدان. ظلت المساهمة النسبية لنظم الضمان الاجتماعي في التمويل الصحي منخفضة بشكل ملحوظ في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. في عام 2013، وشكلت خطط مسبقة الدفع على أساس الضمان الاجتماعي 14 في المائة من إجمالي الإنفاق على الصحة وحوالي 26 في المائة من الإنفاق الحكومي العام على الصحة في دول منظمة التعاون الإسلامي.

في الواقع، مصادر خاصة وخاصة الإنفاق خارج جيب تلعب دوراً هاماً في تمويل النفقات الصحية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. في عام 2013، وشكلت النفقات خارج جيب لنحو 82 في المائة من النفقات الصحية الخاصة، أو نحو 38 في المائة من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية في دول منظمة التعاون الإسلامي. مقارنة متوسطات المجموعات الأخرى، ظلت حصة الإنفاق خارج جيب الصحية في مجموع النفقات الصحية من أعلى المعدلات في دول منظمة التعاون الإسلامي (الشكل 2.7). وهذا يدل على الاعتماد على دول منظمة التعاون الإسلامي "ثقيلاً على الخروج من جيب المدفوعات، والتي هي الطريقة الأكثر رجعية للتمويل الصحي ولها العديد من الآثار الضارة خصوصاً لذوي الدخل المحدود والأسر الفقيرة. على الصعيد العالمي، ودفع ما يقدر بنحو 100 مليون شخص في براثن الفقر كل عام عندما دفع خارج الجيب للخدمات الصحية (WHO، 2014).

على مستوى كل بلد على حدة، تشكل خارج جيب دفع الجزء الأكبر من التمويل الصحي في 17 دولة في منظمة التعاون الإسلامي. ومن بين هذه البلدان، خارج جيب الإنفاق يمثل 79.3 في المائة من مجموع النفقات الصحية في اليمن، 74.7 في المائة في أفغانستان و70.8 في المائة في السودان. من ناحية أخرى، تم تمويل أقل من ربع مجموع النفقات الصحية من خلال الخروج من الجيب المدفوعات في 13 دولة في منظمة التعاون الإسلامي. ومن بين هذه البلدان، وشكلت خارج جيب دفعات حتى لأقل من 10 في المائة من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية في موزامبيق، بروناي دار السلام وقطر (الشكل 8.2).

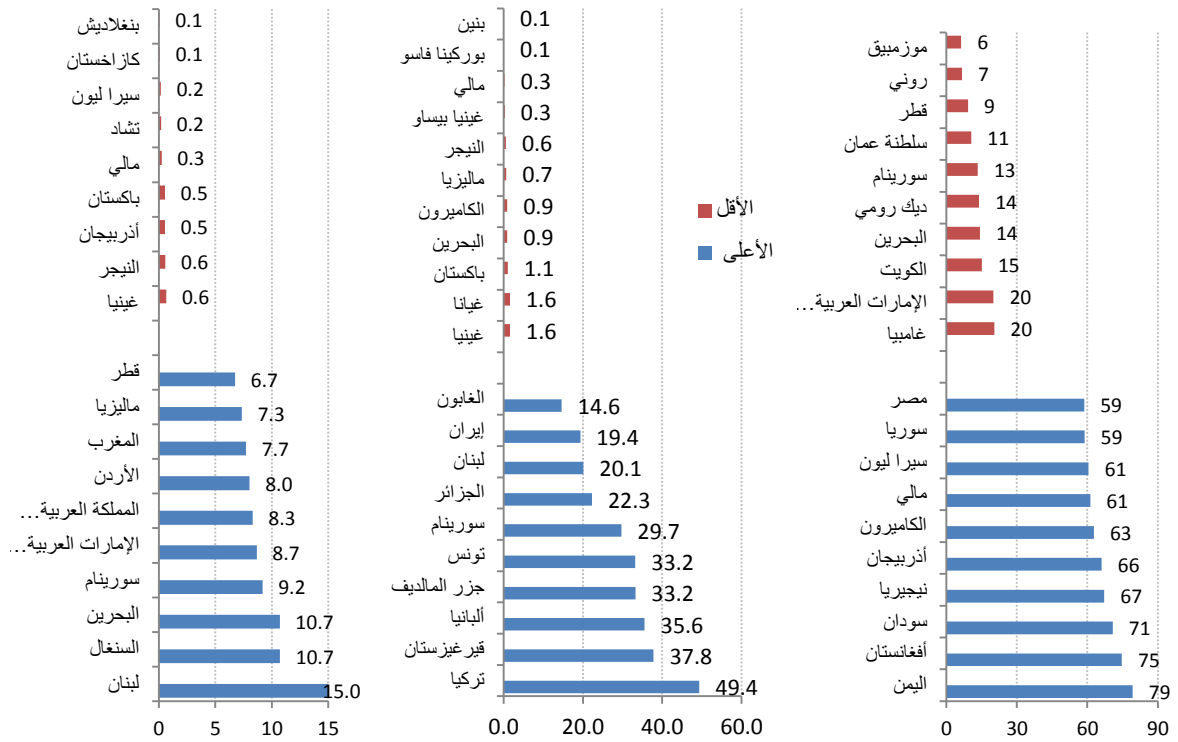
بشكل عام، تغطية نظم الدفع المسبق، للقطاعين العام والخاص، لا يزال منخفضاً جداً في جميع أنحاء دول منظمة التعاون الإسلامي. وفقاً لأحدث التقديرات المتاحة، شكلت مخططات الضمان الاجتماعي نسبة تقل عن 10 في المائة من مجموع النفقات الصحية في 22 من أصل 33 بلداً توفرت البيانات عنها في عام 2013. كما هو مبين في الشكل 8.2، سجلت تركيا أكبر حصة من مدفوعات الضمان الاجتماعي في النفقات الصحية الإجمالية تليها فيرغيزستان وألبانيا وجزر المالديف. على الجانب الآخر من المقياس، شكلت هذه المخططات أقل من واحد في المائة من مجموع النفقات الصحية في 8 دول تابعة لمنظمة التعاون الإسلامي، مع أقل نسبة (0.1 في المائة) سجلت في بنين وبوركينا فاسو. مساهمة خطط التأمين الصحي الخاص في إجمالي الإنفاق على الصحة أيضاً يسلك اتجاهها مماثلاً. من بين 38 دولة في منظمة التعاون الإسلامي تتوفر حولها البيانات، فإن التأمين الصحي الخاص يوفر أقل من 5 في المائة من التمويل الصحي في 28 بلداً. في لبنان، السنغال، والبحرين، يمثل الإنفاق للتأمين الصحي الخاص حوالي 15 في المائة و 10.7 في المائة من مجموع النفقات الصحية، على التوالي؛ في حين سجلت هذه النسبة مقدار 0.1 في المائة فقط في بنغلاديش وكازاخستان (الشكل 8.2).

الشكل 7.2 : المصادر المالية للصحة ، 2013



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

الشكل 8.2 : دول منظمة التعاون الإسلامي مع أدنى وأعلى حصة في تمويل الرعاية الصحية، 2013



المصدر: منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

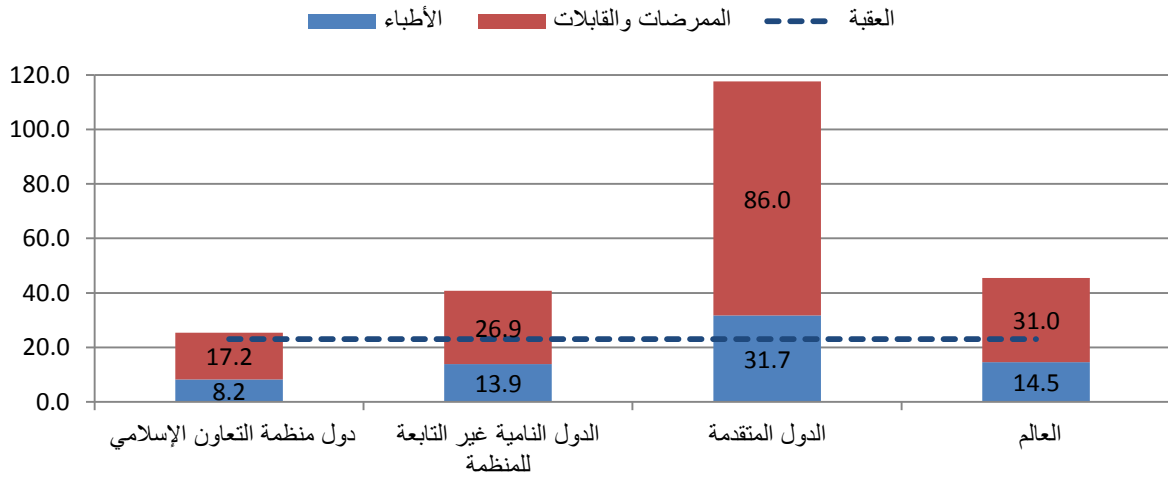
3.2 القوى العاملة الصحية

في يومنا الحالي، نجد إن الحقيقة المعروفة حول أن الحجم، مزيج المهارات والتوزيع الجغرافي وإنتاجية العاملين الصحيين تلعب دوراً هاماً في توفير وكفاءة الرعاية الصحية عالية الجودة. العاملين الصحيين، ولا سيما الأطباء والممرضات، يمثلون العمود الفقري لنظام الرعاية الصحية. وفقاً لأحدث التقديرات، في جميع أنحاء العالم في 165 دولة هناك حوالي 32,4 مليون من الأطباء والممرضات والقابلات في 2007-2013. سجل التوزيع الجغرافي لهؤلاء الذين يعملون في الحقل الصح انحرافاً كبيراً نحو البلدان النامية، التي تمثل نحو 72 في المائة من الإجمالي العالمي. مع 4.2 مليون من الأطباء والممرضات والقابلات، وشكلت دول منظمة التعاون الإسلامي نحو 13 في المائة فقط من الإجمالي العالمي. وتمشياً مع الاتجاه العالمي فإن أعداد الممرضات والقابلات يفوق عدد الأطباء في دول منظمة التعاون الإسلامي، بحصة بلغت 68 في المائة مشابه لنظيرتها عالمياً ولحصة البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي.

عموماً، هناك علاقة إيجابية قوية بين كثافة القوى العاملة الصحية وتغطية الخدمات الصحية والنتائج في البلد / المنطقة. كثافة العاملين الصحيين (الأطباء والممرضات والقابلات في 10,000 نسمة) تختلف على نطاق واسع في جميع أنحاء العالم. كما هو مبين في الشكل 9.2، كان هناك نحو 15 طبيباً و 31 ممرضة لكل 10,000 شخص في العالم في 2007-2013. على الرغم من أن البلدان المتقدمة تمثل 28 في المائة فقط من مجموع العالمي للأطباء والممرضات

والقابلات، كان هناك عدد 32 طبيباً و 86 ممرضة لكل 10,000 شخص في هذه الدول مقارنة مع 14 طبيباً و 27 ممرضة في البلدان النامية الأخرى. ظلت كثافة كلاً من الأطباء والممرضات والقابلات نسبياً منخفضة جداً في بلدان منظمة التعاون الإسلامي كما كان هناك فقط ثمانية أطباء و 17 ممرضة وقابلة لكل 10,000 شخص في 2007-2013. في الواقع، سجلت كثافة العاملين في مجال الصحة في دول منظمة التعاون الإسلامي (25 لكل 10,000 نسمة) فقط فوق المستوى الحرج الذي يقدر بحوالي 23، والذي يعتبر ضرورياً لتقديم الخدمات الصحية الأساسية في البلد / المنطقة.

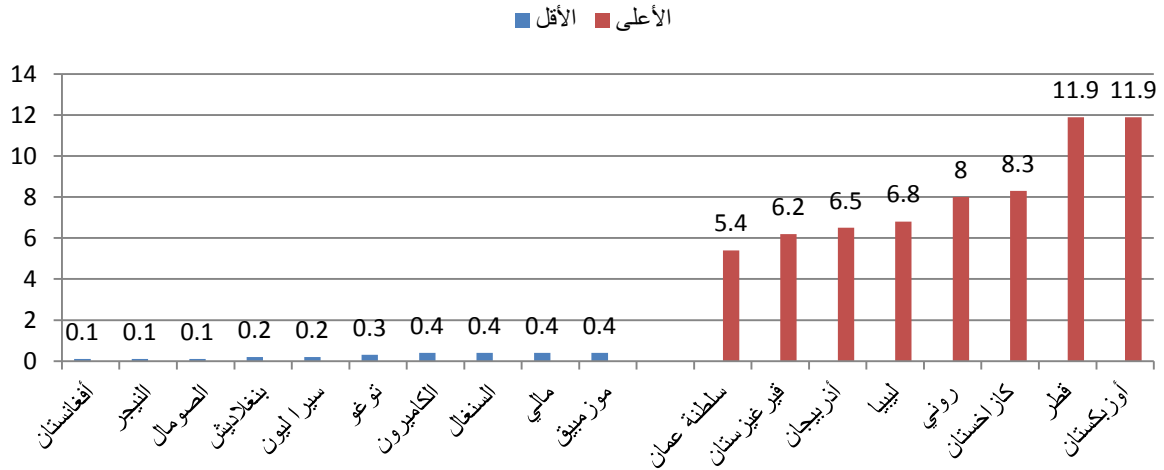
الشكل 9.2 : العمالة الصحية لكل 10,000 شخص، 2007-2013



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

لا تزال العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي تواجه تحديات كبيرة فيما يتعلق بكمية وتنوع وكفاءة القوى العاملة الصحية. نقص القوى العاملة الصحية خطير وخصوصاً في الدول الواقعة في منطقة جنوب آسيا وأفريقيا وجنوب الصحراء الكبرى. من بين 52 دولة في منظمة التعاون الإسلامي، توفرت عنها البيانات، نجد أن 27 دولة تواجه نقصاً خطيراً في العاملين في مجال الصحة مع أقل من 23 من الأطباء والممرضات والقابلات لكل 10,000 شخص. كانت كثافة العاملين الصحيين أقل من 10 لكل 10,000 في 19 بلداً مع النقص الحاد، 15 منهم من أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، واثنان من جنوب آسيا. كما هو مبين في الشكل 10.2، فإن أعلى عدد من الأطباء والممرضات والقابلات لكل 10,000 نسمة تم تسجيله في قطر (196) تليها أوزبكستان (144) وكازاخستان (119). على الجانب الآخر من المقياس، كان هناك عامل صحي واحد فقط لكل 10,000 شخص في غينيا والنيجر والصومال.

الشكل 10.2 : دول منظمة التعاون الإسلامي مع أعلى وأدنى كثافة للعمال الصحيين، 2007-2013

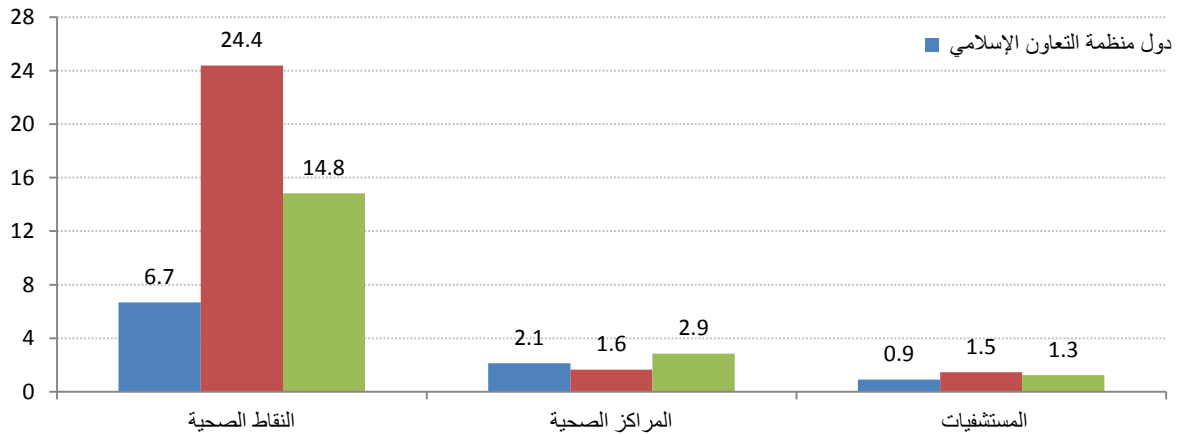


المصدر: منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

4.2 مرافق الرعاية الصحية

مرافق الرعاية الصحية مثل المستشفيات والمراكز الصحية هي مكونات أساسية لنظام الرعاية الصحية بكفاءة وفعالية. في الغالبية العظمى من البلدان النامية والمراكز الصحية تشكل المستوى الأول من الاتصال بين النظام الصحي والمجتمعات. في عام 2013، كما هو مبين في الشكل 11.2، كان متوسط عدد المراكز الصحية في 34 دولة في منظمة التعاون الإسلامي، والتي تتوفر حولها البيانات، 6.7 لكل 100,000 من السكان. وهو مستوى أقل تماماً من المتوسط العالمي البالغ 14.8 ومتوسط البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي (24.4). وبالمثل، سجل متوسط عدد المراكز الصحية مقداراً 2.1 لكل 100,000 شخص في بلدان منظمة التعاون الإسلامي مقارنة مع 2.9 في العالم. بمتوسط 0.9 من المستشفيات لكل 100,000 شخص، نجد أن دول منظمة التعاون الإسلامي متخلفة أيضاً عن متوسطات دول العالم والدول النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي من حيث توفر المستشفيات في الأحياء والمقاطعات والمستشفيات المتخصصة.

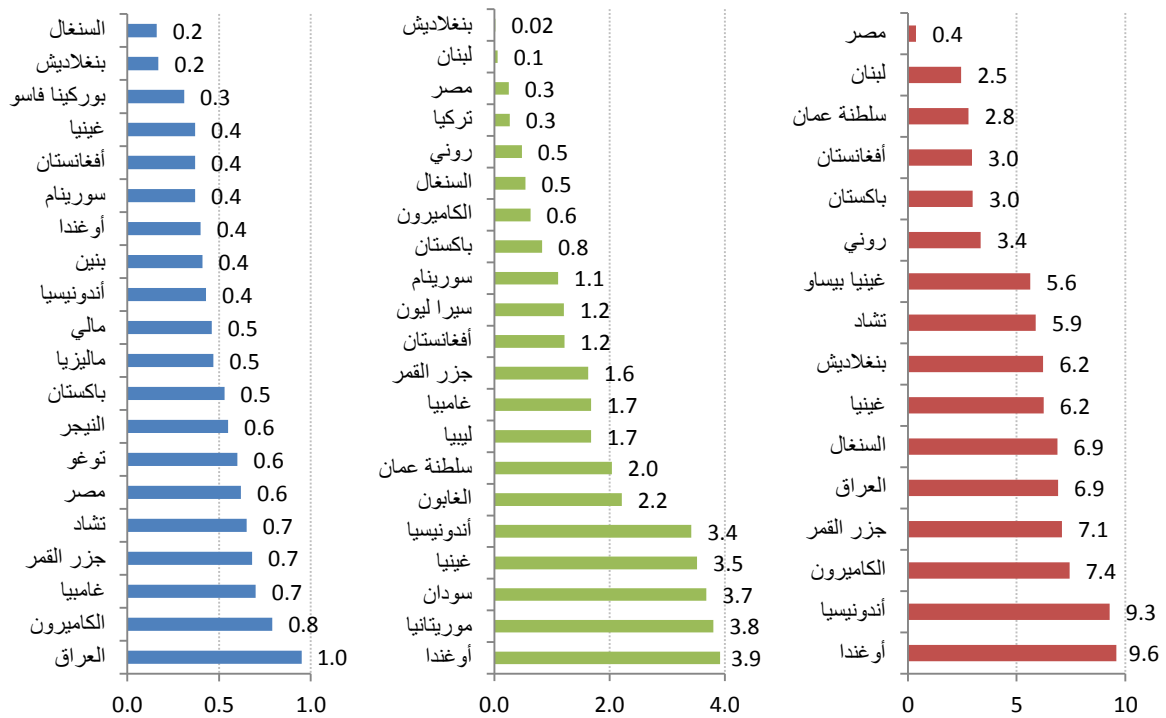
الشكل 11.2 : عدد المرافق الصحية لكل 100,000 شخص، 2013



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

على مستوى كل بلد على حدة، سجلت 17 دولة في منظمة التعاون الإسلامي أكثر من 10 مراكز صحية لكل 100,000 شخص. سجلت سورينام أعلى كثافة من المراكز الصحية (45.3 لكل 100,000 من السكان) تليها الغابون (29.4) وليبيا (29.3). على الجانب الآخر من المقياس، كانت نجد أن أقل من خمس وظائف صحية المتاحة لكل 100,000 شخصاً في ست دول لمنظمة التعاون الإسلامي، مع أدنى رقم في مصر (0.4) ولبنان (2.5). وبالمثل، 26 دولة في منظمة التعاون الإسلامي لديها أقل من 10 مركزاً صحياً لكل 100,000 شخص، و 29 دولة تابعة لمنظمة التعاون الإسلامي لديها أقل من مستشفىين لكل 100,000 شخص في عام 2013.

الشكل 12.2 : دول منظمة التعاون الإسلامي مع أقل عدد من المرافق الصحية لكل 100,000 شخص، 2013



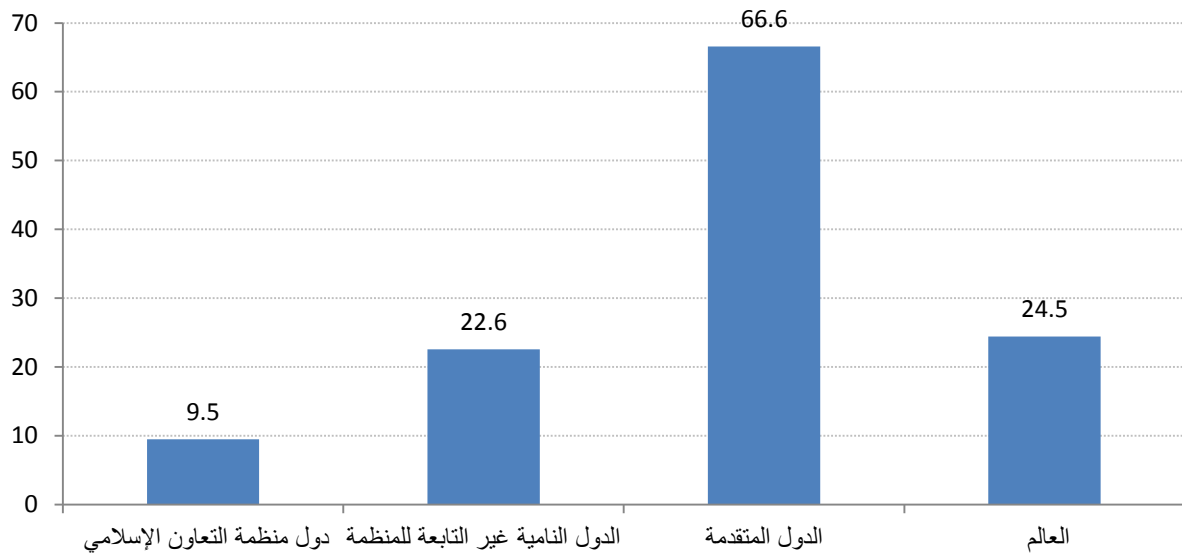
المصدر: منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

5.2 الأسرة في المستشفيات

عدد الأسرة في المستشفيات هو مؤشر مهم على الموارد المتاحة لرعاية المرضى الداخليين والوصول الشامل لخدمات المستشفيات. كما هو مبين في الشكل 13.2، على الصعيد العالمي هناك 24.5 سريراً لكل 10,000 شخص في 2007-2013. ظلت الكثافة أسرة المستشفيات أعلى جداً في البلدان المتقدمة حيث كانت 66.6 سرير متاحة لكل 10,000 شخص. في حين أنه في مجموعة من البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي لم يكن هناك سوى 22.6 سرير متاحة لكل 10,000 شخص. توفر أسرة المستشفيات ظل نسبياً منخفضاً جداً في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، حيث بلغت هذه النسبة فقط 9.5 لكل 10,000 شخص في 2007-2013 (الشكل 13.2).

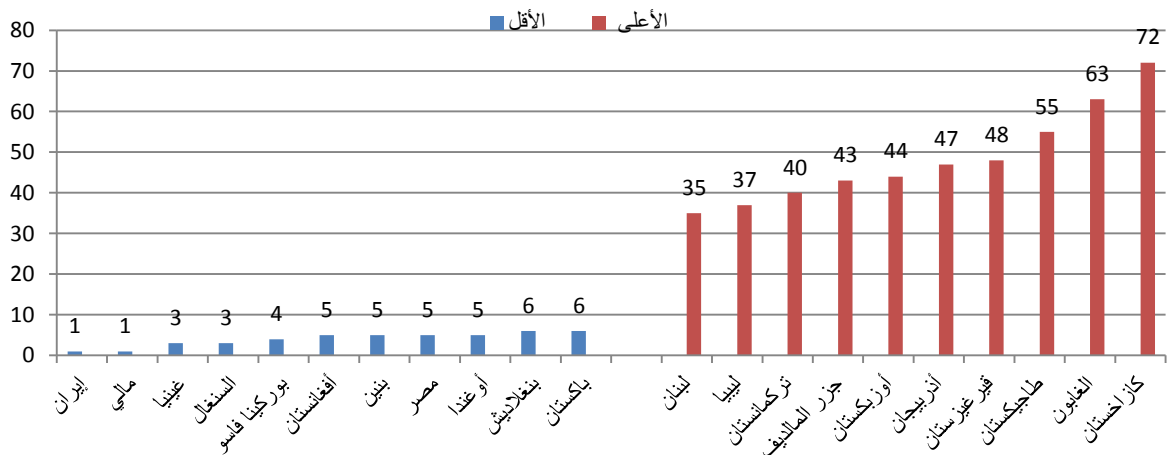
عدد أسرة المستشفيات لكل 10,000 شخص يختلف إلى حد كبير في جميع أنحاء دول منظمة التعاون الإسلامي. كما هو مبين في الشكل 14.2، حيث سجل أعلى نسبة في كازاخستان، وطاجيكستان غابون مع أكثر من 50 سريرا لكل 10,000 شخص. ومع ذلك، فإن هذه النسبة هي أقل من 10 سرير لكل 10,000 شخص في 17 بلدا من بلدان منظمة التعاون الإسلامي. ومن بين هذه البلدان، سجلت مالي وإيران أقل نسبة من أسرة المستشفيات مع سرير واحد فقط متاح لكل 10,000 شخص في 2013-2007.

الشكل 13.2 : أسرة المستشفيات لكل 10,000 شخص، 2013-2007



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استنادا إلى منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

الشكل 14.2 : دول منظمة التعاون الإسلامي مع أدنى وأعلى كثافة لأسرة للمستشفيات، 2013



المصدر: منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

صحة وتغذية الأم والمواليد الجدد

وصحة الطفل

الصحة أمر حيوي لرفاه جميع البشر. وفقاً لتعريف منظمة الصحة العالمية (WHO)، فإن الصحة لا تعني فقط غياب المرض وإنما هي مفهوم متعدد الأبعاد يشمل الحالة البدنية والعقلية والرفاه الاجتماعي للشخص. الحق في الصحة أمر حيوي للجميع، ولكن من المهم وخصوصاً للأمهات والأطفال لأنهم عرضة لخطر المرض والمضاعفات الصحية. صحة الأم والمواليد الجدد وصحة الطفل (MNCH) تشير بشكل أساسي على صحة النساء والأطفال أثناء الحمل والولادة وبعد الولادة. توفير الرعاية الجيدة خلال هذه الفترة الحرجة للغاية لصحة وبقاء الأم والرضيع.

1.3 وفيات الأمهات

بقيت وفيات الأمهات مرتفعة بشكل كبير في العالم النامي. وفقاً لآخر تقديرات لمنظمة الصحة العالمية، توفي ما يقرب من 0.3 مليون امرأة من أسباب يمكن الوقاية منها تتعلق بالحمل والولادة في عام 2013. تقريباً كل حالات الوفاة هذه في البلدان النامية، ولا سيما في أفريقيا جنوب الصحراء وآسيا. حوالي 75 في المائة من مجموع وفيات الأمومة في العالم سببها خمسة مضاعفات كبيرة أثناء وبعد الحمل (WHO، 2014) وقائع وفيات الأمهات صفحة رقم : 348). من بين هذه المضاعفات، شدة النزيف (النزيف في الغالب بعد الولادة) هو أكبر سبب لوفيات الأمهات، وهو ما يمثل 27 في المائة من وفيات الأمهات، يليه ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل (14 في المائة)، الإلتهابات عادة بعد الولادة (11 في المائة)، من مضاعفات الولادة (9 في المائة)، الإجهاض غير المأمون (8 في المائة).

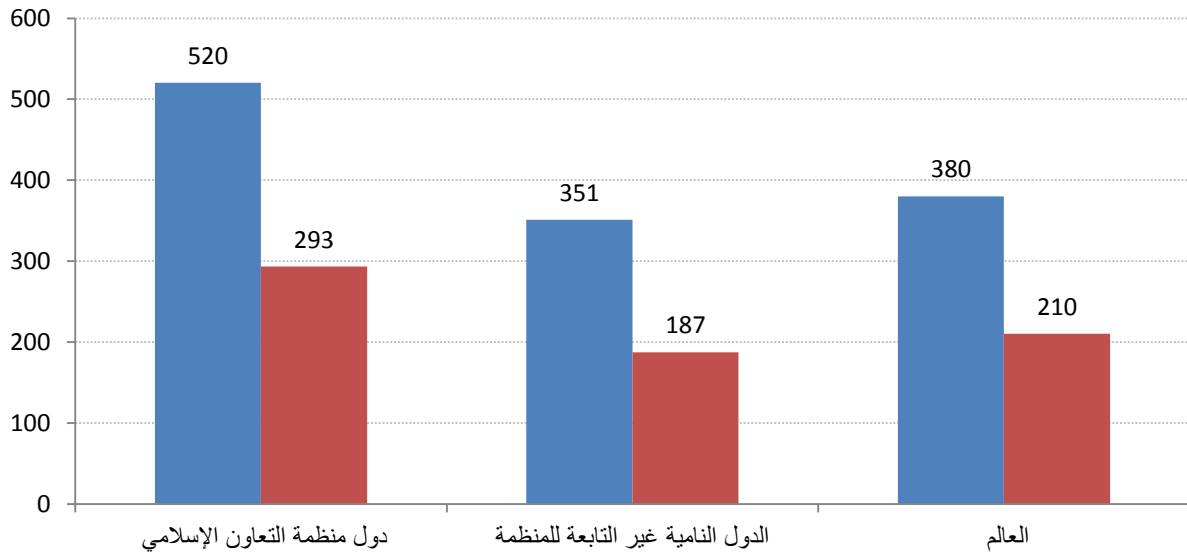
في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، ما يقرب من 0.13 مليون امرأة تموت من أسباب يمكن الوقاية منها تتعلق بالحمل والولادة في عام 2013، أي ما يعادل 44 في المائة من مجموع وفيات الأمهات في العالم. ظلت وفيات الأمهات تتركز بشكل كبير في عدد قليل من دول منظمة التعاون الإسلامي. في عام 2013، تم الإبلاغ عن أكثر من نصف (53.6 في المائة) من إجمالي وفيات الأمهات في منظمة التعاون الإسلامي فقط في خمسة بلدان، وهي: نيجيريا واندونيسيا وباكستان وأوغندا وتشاد. ومن بين هذه الدول ذات عبئ الوفيات العالي، شكلت نيجيريا وحدها ما يقرب من ثلثي (31.3 في المائة) إجمالي وفيات الأمهات في منظمة التعاون الإسلامي في عام 2013. من ناحية أخرى، شكلت إندونيسيا 6.9 في المائة تليها باكستان (6.2 في المائة)، أوغندا (4.6 في المائة) وتشاد (4.5 في المائة).

تحت الأهداف الإنمائية للألفية 5، فإن جميع البلدان ملتزمة بخفض معدل وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع بين عامي 1990 و 2015. الجهود المبذولة حتى الآن لتحقيق هذا الهدف قد أثمرت وانخفض معدل وفيات الأمهات (MMR) من 380 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حية في 1990- إلى 210 حالة وفاة في عام 2013، أي ما يعادل انخفاضاً بنسبة 45 في المائة (الشكل 1.3). يمكن ملاحظة اتجاه مماثل بالنسبة للبلدان النامية غير التابعة لمنظمة

التعاون الإسلامي مع إنخفاض عام بنسبة 47 في المائة في معدل وفيات الأمهات. تمشيًا مع الاتجاهات العالمية، شهدت بلدان منظمة التعاون الإسلامي أيضا بعض التحسن في الأوضاع الصحية للأمهات وظل معدل وفيات الأمهات من 520 حالة وفاة في 1990- إلى 293 حالة وفاة في عام 2013، أي ما يعادل انخفاضا بنسبة 44 في المائة. مع ذلك، على الرغم من هذا التحسن، ظل معدل وفيات الأمهات في دول منظمة التعاون الإسلامي أعلى بكثير من المعدلات في المجموعات الأخرى.

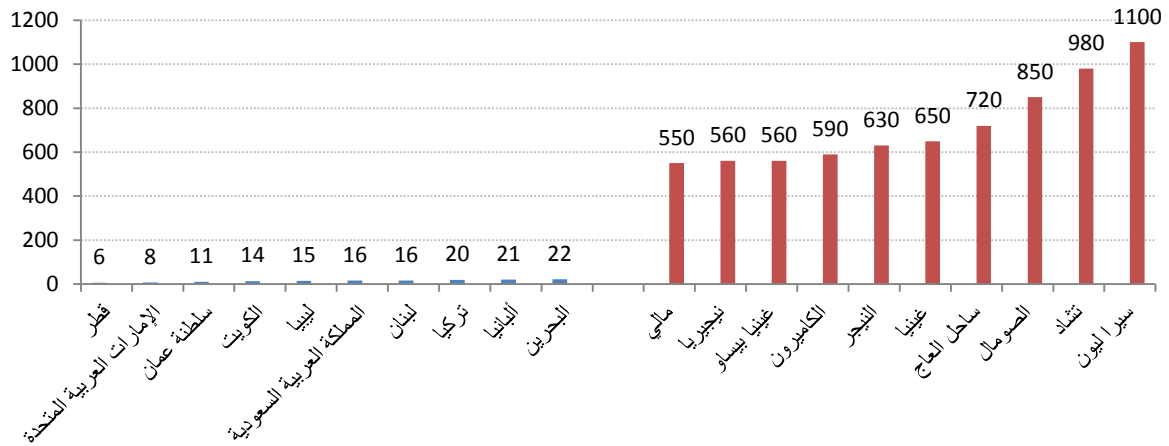
على مستوى كل بلد على حدة، سجلت سيراليون أعلى معدل وفيات للأمهات بما يقرب من 1,100 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حية)، تليها تشاد (980 حالة وفاة)، والصومال (850 حالة وفاة). ومن بين هذه البلدان سجلت سيراليون المرتبة الأولى فيما يتعلق بأعلى معدل وفيات للأمهات في العالم، وتأتي في المرتبة الثانية تشاد ، وتأتي الصومال في المرتبة الرابعة. في المقابل، سجلت قطر أدنى معدل وفيات للأمهات مع عدد 6 وفيات للأمهات لكل 100,000 ولادة حية تليها الإمارات العربية المتحدة (8 وفيات)، وعمان (11 حالة وفاة). بين عامي 1990 و 2013، سجلت 30 دولة في منظمة التعاون الإسلامي أكثر من 45٪ نقص في معدل وفيات الأمهات. غالبية هذه البلدان من الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (12 دولة) وجنوب الصحراء منطقة أفريقيا (8 دول). من ناحية أخرى، سجلت أربعة بلدان لمنظمة التعاون الإسلامي وهي بروناي دار السلام، البحرين، الكويت، غيانا وسورينام زيادة في معدل وفيات الأمهات بنسبة 4 في المائة و 5 في المائة و 17 في المائة، 19 في المائة و 55 في المائة على التوالي.

الشكل 1.3 : معدل وفيات الأمهات (لكل 100,000 ولادة حية)



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استنادا إلى منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

الشكل 2.3: دول منظمة التعاون الإسلامي مع أدنى وأعلى معدل وفيات الأمهات، 2013



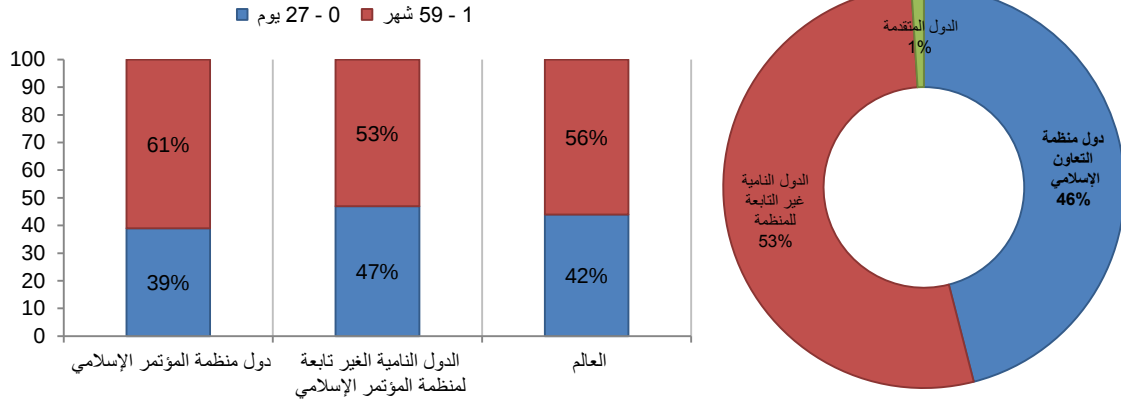
المصدر: منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

2.3 وفيات المواليد الجدد والأطفال

معدل وفيات الأطفال هو عدد وفيات الأطفال دون سن 5 في 1000 ولادة حية. وهو واحد من أهم المؤشرات على حالة صحة الطفل الذي يعكس في الأساس التغطية الشاملة وفعالية خدمات الرعاية الصحية جنبا إلى جنب مع التنمية الاجتماعية والاقتصادية في البلاد. هو المؤشر القياسي للأهداف الإنمائية للألفية 4 للأمم المتحدة ، والذي يحدد هدفاً لخفض معدل وفيات الأطفال بمقدار الثلثين بين عامي 1990 و 2015، معدل وفيات الأطفال دون سن 5 (الأمم المتحدة، 2014). على الصعيد العالمي، توفي أكثر من 6 ملايين طفل قبل بلوغهم الخامسة في عام 2013. خطر تعرض الطفل للموت هو أعلى في فترة ما بعد الولادة. في 28 يوماً الأولى من الحياة. في عام 2013، تم الإبلاغ عن 44 في المائة من وفيات الأطفال دون سن الخامسة خلال فترة ما بعد الولادة. غالبية هذه الوفيات يمكن منعها بسهولة عن طريق ضمان الوصول إلى الولادة الآمنة الفعالة وخدمات رعاية الأطفال حديثي الولادة (WHO، 2015).

ظلت وفيات الأطفال دون سن الخامسة مركزة للغاية في البلدان النامية التي تمثل أكثر من 99 في المائة من الإجمالي العالمي في عام 2013. وهذا يعني أن في المتوسط حوالي 17000 طفل يلقون حتفهم كل يوم في البلدان النامية. كونها جزءاً كبيراً من العالم النامي، شكلت دول منظمة التعاون الإسلامي نسبة 46 في المائة من الإجمالي العالمي لحالات الوفاة تحت سن الخامسة في عام 2013. وبعبارة أخرى، يتوفى حوالي 8000 طفل دون سن الخامسة كل يوم في دول منظمة التعاون الإسلامي. وقعت أكثر من 39 في المائة من وفيات الأطفال في دول منظمة التعاون الإسلامي خلال 28 يوماً الأولى من عمر الطفل (الشكل 3.3).

الشكل 3.3: التوزيع والسن لهيكلية الوفيات للأطفال دون سن 5 ، 2013



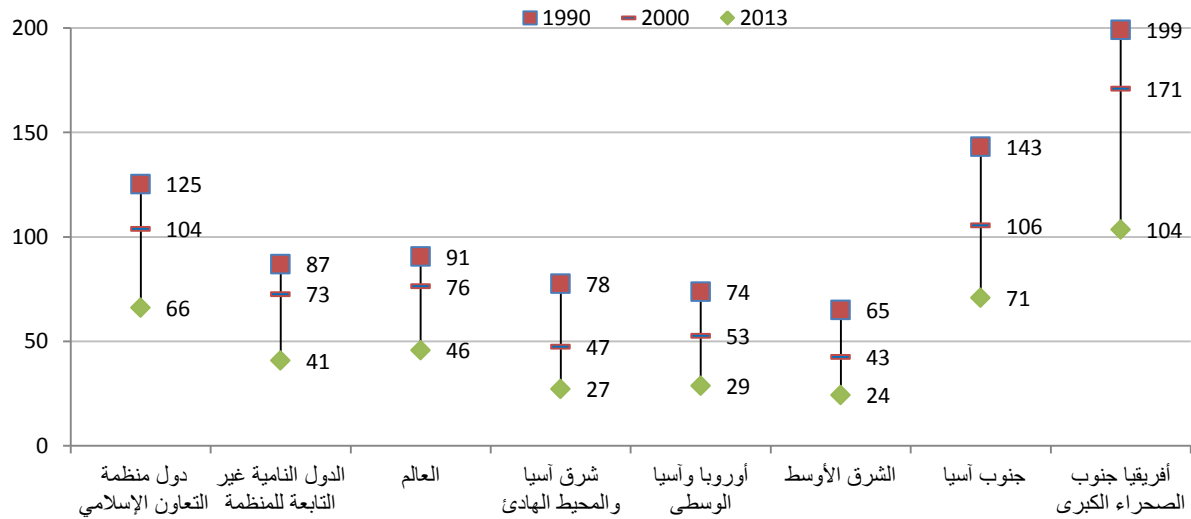
المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

على مر السنين، أظهرت معدلات وفيات الأطفال اتجاهات نحو الانخفاض في جميع أنحاء العالم (الشكل 4.3) حيث انخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (U5MR) منذ العام 1990 بمعدل 46 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية في عام 2013. والبلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي أيضاً سجلت تقدماً ملحوظاً مع انخفاض 53 في المائة في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة منذ عام 1990. تماشياً مع الاتجاهات العالمية، تم تحسين وضع وفيات الأطفال في دول منظمة التعاون الإسلامي. بدءاً من أعلى معدل للوفيات بمقدار 125 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية في عام 1990، تمكنت بلدان منظمة التعاون الإسلامي للحد من معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بنسبة 47 في المائة إلى 66 لكل 1000 ولادة حية بحلول عام 2013. ومع ذلك، على الرغم من هذا التحسن، أحرزت مجموعة منظمة التعاون الإسلامي أقل قدر من التقدم في خفض وفيات الأطفال منذ عام 1990. اعتباراً من عام 2013، فإن واحداً من أصل 15 طفل في بلدان منظمة التعاون الإسلامي يموت قبل بلوغه سن الخامسة مقارنة مع واحد من أصل 25 طفل في البلدان النامية الأخرى وواحد من أصل 22 طفل على مستوى العالم. من ناحية أخرى، فإن واحداً من أصل 21 طفل في بلدان منظمة التعاون الإسلامي يموت قبل عيد ميلاده الأول مقارنة مع واحد من أصل 32 طفل في البلدان النامية الأخرى وواحد من أصل 30 طفل على مستوى العالم.

قد انخفض معدل وفيات الأطفال في جميع أنحاء المجموعات الإقليمية في منظمة التعاون الإسلامي (الشكل 4.3). خلال 2013-1990، سجلت منطقة شرق آسيا والمحيط الهادئ التقدم الأبرز مع 65 في المائة انخفاضاً في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة تليها منطقة الشرق الأوسط (63 في المائة) ومنطقة أوروبا وآسيا الوسطى (61 في المائة). عملت المناطق جنوب الصحراء الكبرى وجنوب آسيا أيضاً على خفض معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة خلال هذه الفترة. ومع ذلك، من بين المجموعات الإقليمية في منظمة التعاون الإسلامي، ظلت مناطق جنوب الصحراء الكبرى وجنوب آسيا ضمن الأماكن الأكثر صعوبة بالنسبة للطفل للبقاء على قيد الحياة حتى سن الخامسة. في عام 2013، كان معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في المنطقة جنوب الصحراء الكبرى 104 لكل

1000 مولود حي، هذا يعني أن 1 من كل 10 أطفال لم يصلوا إلى سن الخامسة. بينما كان معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في منطقة الصحراء الكبرى 71 لكل 1000 ولادة حية، وهذا يعني أن 1 من كل 14 طفلاً لم يصل إلى سن الخامسة. في المقابل، ظلت هذه النسبة 1 في كل 41 طفلاً في منطقة منطقة الشرق الأوسط، 1 في 37 في منطقة شرق آسيا والمحيط الهادئ و 1 في 35 لمنطقة أوروبا وآسيا الوسطى.

الشكل 4.3 : معدل وفيات الأطفال تحت سن 5 (لكل 1000 مولود حي)

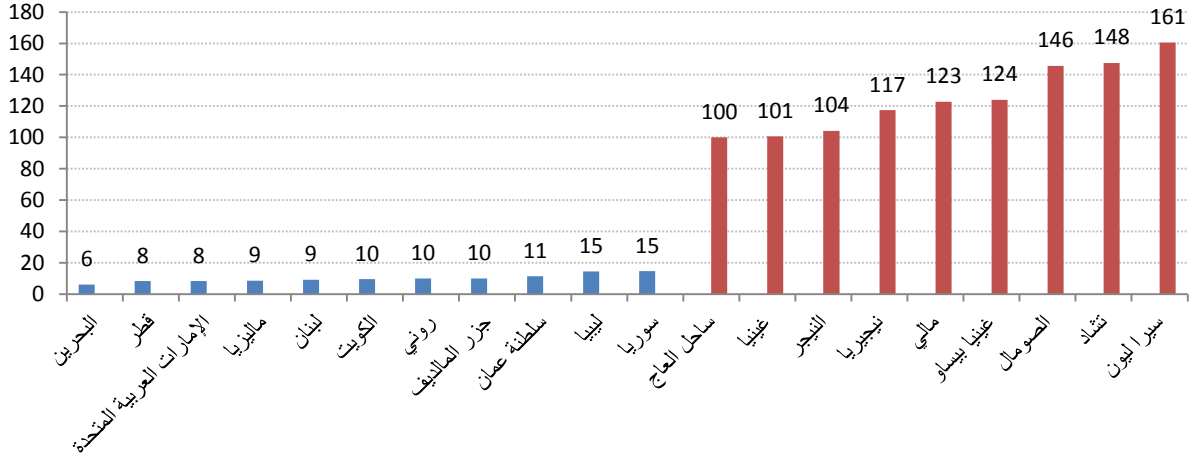


المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

على الصعيد الوطني، قامت العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي بخطوات كبيرة ضد وفيات الأطفال على مدى العقدين الماضيين. خلال 1990-2013، تم تسجيل أكثر من 60 في المائة إنخفاضاً في معدل الوفيات في 23 دولة في منظمة التعاون الإسلامي وفي 24 بلداً تراوح الانخفاض ما بين 40 إلى 58 في المائة. اعتباراً من عام 2013، تراوح معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في دول منظمة التعاون الإسلامي من مستوى منخفض بلغ ست حالات وفاة لكل 1000 ولادة حية في البحرين إلى أعلى من 161 في سيراليون (الشكل 5.3). قد سجلت ثمانية بلدان لمنظمة التعاون الإسلامي معدل لوفيات الأطفال دون سن الخامسة أقل من 10 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية. في المقابل، سجلت ثمانية بلدان لمنظمة التعاون الإسلامي من منطقة جنوب الصحراء الكبرى معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة أعلى من 100 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية. سبعة من هذه البلدان الثمانية تصنف من بين أعلى 10 دول وفقاً لأعلى معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في العالم. في عام 2013، سجلت سيراليون المرتبة 2 فيما يتعلق بمعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في العالم تليها تشاد (المرتبة 3) والصومال (المرتبة 4)، غينيا بيساو (المرتبة 6)، ومالي (المرتبة 7) وبشكل عام، سجلت 28 دولة في منظمة التعاون الإسلامي معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة أقل من تلك البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي بمتوسط 41 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية في عام 2013.

الشكل 5.3 : دول منظمة التعاون الإسلامي مع أدنى وأعلى معدل لوفيات الأطفال دون سن 5 (لكل 1000 مولود حي).

2013

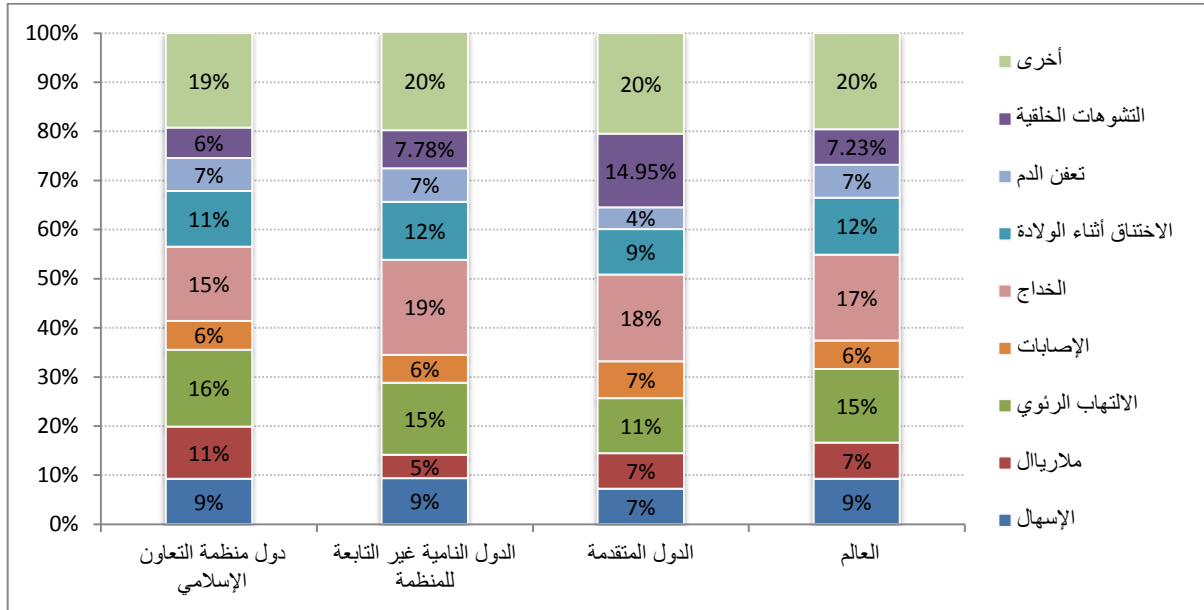


المصدر: منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

3.3 الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال

على الصعيد العالمي، الأمراض المعدية، الحمل، والمضاعفات المتعلقة بالولادة تسببت في أكثر من ثلاثة أرباع مجموع وفيات الأطفال دون سن الخامسة في عام 2013. في الواقع، فإن هذه الأسباب هي التي يمكن الوقاية منها إلى حد كبير / أو التي يمكن علاجها عن طريق ضمان الوصول إلى تدخلات بسيطة ومعقولة التكلفة مثل التطعيم والرعاية الصحية ما قبل الولادة والولادة بصورة سليمة. كما هو مبين في الشكل 6.3، نجد أن الخداج مثل أكبر سبب للوفاة في الأطفال دون سن الخامسة في عام 2013، وما يقرب من 50 في المائة من وفيات الأطفال دون سن الخامسة كان للأسباب المعدية مثل الالتهاب الرئوي / الإنتان (الالتهاب الرئوي لحديثي الولادة)، الإسهال والملاريا وغيرها الأمراض المعدية. يلاحظ وجود حالة مماثلة أيضاً في حالة البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي حيث الأسباب الرئيسية للوفاة بين الأطفال دون سن الخامسة هي مضاعفات الولادة المبكرة، الالتهاب الرئوي والاختناق أثناء الولادة والإسهال والملاريا. في المقابل، أسباب وفيات الأطفال في الدول المتقدمة أكثر ميلاً نحو المضاعفات المرتبطة بالحمل والولادة من الأمراض المعدية. الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال دون سن الخامسة في دول منظمة التعاون الإسلامي مماثلة لتلك التي في البلدان النامية الأخرى. كما هو مبين في الشكل 6.3، فإن 43 في المائة من أسباب وفيات الأطفال دون سن الخامسة ناجمة عن ثلاثة من الأمراض المعدية: الالتهاب الرئوي / الإنتان (23 في المائة) والملاريا (11 في المائة)، والإسهال (9 في المائة). بين مضاعفات الحمل والولادة ذات الصلة، بقي الخداج (15 في المائة) السبب الرئيسي في الوفيات دون سن الخامسة يليه الاختناق أثناء الولادة (11 في المائة) والتشوهات الخلقية (6 في المائة).

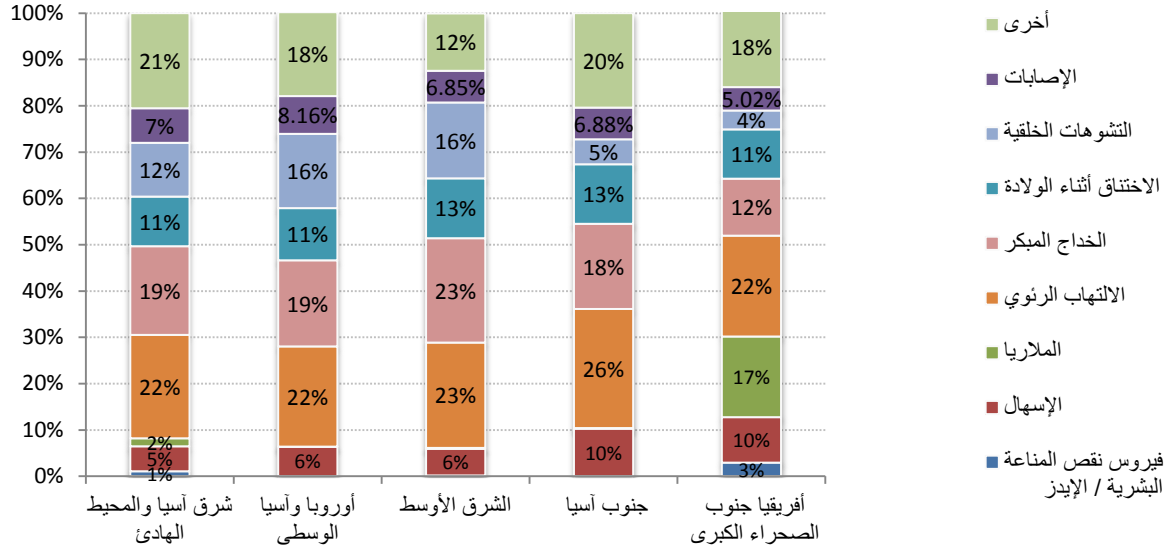
الشكل 6.3 : الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال، 2013



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

بين المجموعات الإقليمية في منظمة التعاون الإسلامي، فإن المنطقتين من أفريقيا جنوب الصحراء وجنوب آسيا تتحملان العبء الأكبر من الوفيات دون سن الخامسة في دول منظمة التعاون الإسلامي. اعتباراً من عام 2013، سجلت 83 في المائة من مجموع وفيات الأطفال في دول منظمة التعاون الإسلامي في هاتين المنطقتين (60 في المائة في أفريقيا جنوب الصحراء و 23 في المائة في جنوب آسيا). على الرغم من أن الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال دون سن الخامسة ظلت متماثلة تماماً في جميع المناطق في منظمة التعاون الإسلامي، فإن العبء النسبي لهذه الأسباب يختلف بين المناطق يعتمد على، من بين أمور أخرى، الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية وتغطية خدمات الرعاية الصحية. كما هو مبين في الشكل 7.3، شكلت الأمراض المعدية مثل الالتهاب الرئوي والملاريا والإسهال والإيدز نصف مجموع الوفيات في أفريقيا جنوب الصحراء تليها 37 في المائة في جنوب آسيا، و 30 في المائة في مناطق شرق آسيا والمحيط الهادئ، و 27 في المائة في أوروبا وآسيا الوسطى و 26 في المائة في منطقة الشرق الأوسط. بالمقارنة مع مناطق أخرى، ظلت الوفيات التي تعزى إلى الملاريا عالية جداً في أفريقيا جنوب الصحراء (17 في المائة). من ناحية أخرى، فإن المضاعفات المرتبطة بالحمل والولادة (الخداج والاختناق أثناء الولادة والتشوهات الخلقية) تسببت في 52 في المائة من الوفيات في منطقة الشرق الأوسط، و 46 في المائة في أوروبا وآسيا الوسطى، و 41 في المائة في شرق آسيا والمحيط الهادئ، 37 في المائة في جنوب آسيا و 27 في المائة في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى.

الشكل 7.3 : الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال في مناطق منظمة التعاون الإسلامي، 2013



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استنادا إلى منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

4.3 خدمات الرعاية الصحية للأم، الطفل وحديثي الولادة

خبراء الصحة يرون أن غالبية وفيات الأمهات والأطفال يمكن الوقاية منها والتدخلات مثل الرعاية قبل الولادة، القابلات الماهرات أثناء الولادة، التطعيم والرعاية المبكرة التي من شأنها علاج الالتهاب الرئوي والإسهال والملاريا حاسمة لبقاء ورفاه الأمهات والأطفال. يتناول هذا القسم الفرعي أداء دول منظمة التعاون الإسلامي من حيث تغطية بعض هذه التدخلات المحددة.

1.4.3 الرعاية السابقة للولادة

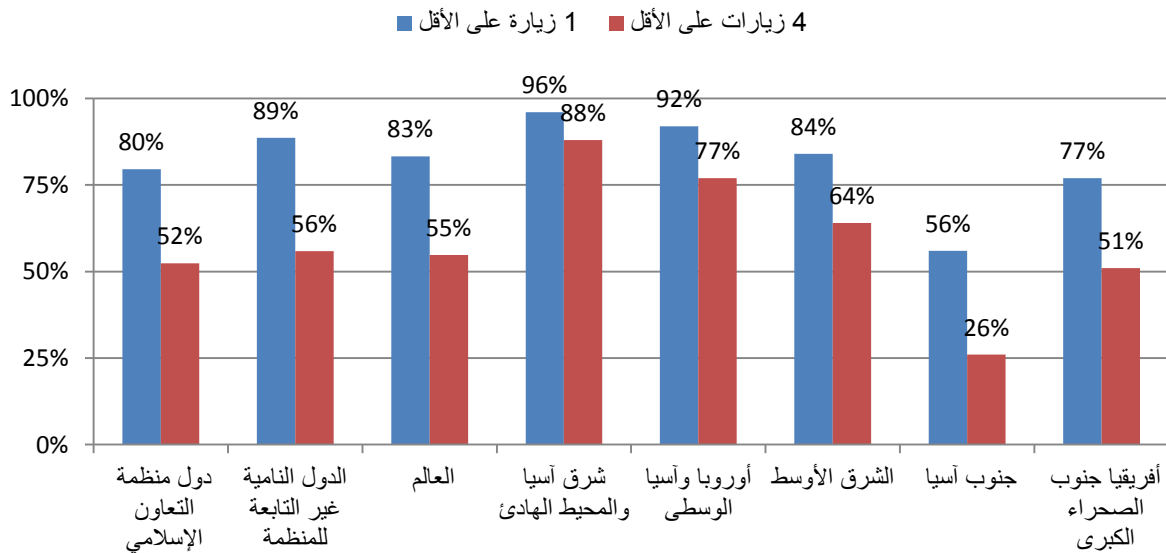
رعاية ما قبل الولادة (ANC) وتقديم المشورة هي نقطة الدخول إلى نظام الرعاية الصحية الرسمي، وتوفر قاعدة صلبة لمراقبة وتحسين صحة الأم والطفل من خلال تحديد ومنع / السيطرة على مضاعفات ما قبل الولادة في مرحلة مبكرة (منظمة الصحة العالمية، 2010). الرعاية قبل الولادة (ANC) تحدد نسبة مجموع النساء الحوامل اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15-49 واللاتي تلقين معاينة صحية مهنية لأسباب تتعلق بالحمل. لجودة وفعالية الرعاية قبل الولادة، فإن عدد الزيارات وتوقيتها مهم جداً.

ظل توفير جودة الرعاية السابقة للولادة مصدر قلق كبير في العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي. خلال الفترة 2008-2012، حوالي 80 في المائة من مجموع النساء الحوامل في دول منظمة التعاون الإسلامي إستفدن من خدمات ما قبل الولادة مرة واحدة على الأقل خلال فترة الحمل بينما 56 في المائة إستفدن من الزيارات الأربع قبل الولادة الموصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية (الشكل 8.3). في كلتا الحالتين، فإن المعدل لمنظمة التعاون الإسلامي ظل دون متوسطات البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي والعالم. على المستوى الإقليمي لمنظمة التعاون الإسلامي، سواء من حيث الزيارات الواحدة والأربع زيارات ما قبل الولادة، ظلت تغطية تغطية الرعاية ما قبل الولادة

نسبياً منخفضة جداً في المناطق أفريقية جنوب الصحراء وشرق آسيا. كما هو مبين في الشكل 8.3، 26 في المائة فقط و 51 في المائة من النساء الحوامل قمن بالزيارات الأربع قبل الولادة في المناطق أفريقية جنوب الصحراء وشرق آسيا ، على التوالي في حين، سجلت هذه النسبة 56 في المائة و 77 في المائة في حالة الزيارة الواحدة قبل الولادة في هاتين المنطقتين، على التوالي.

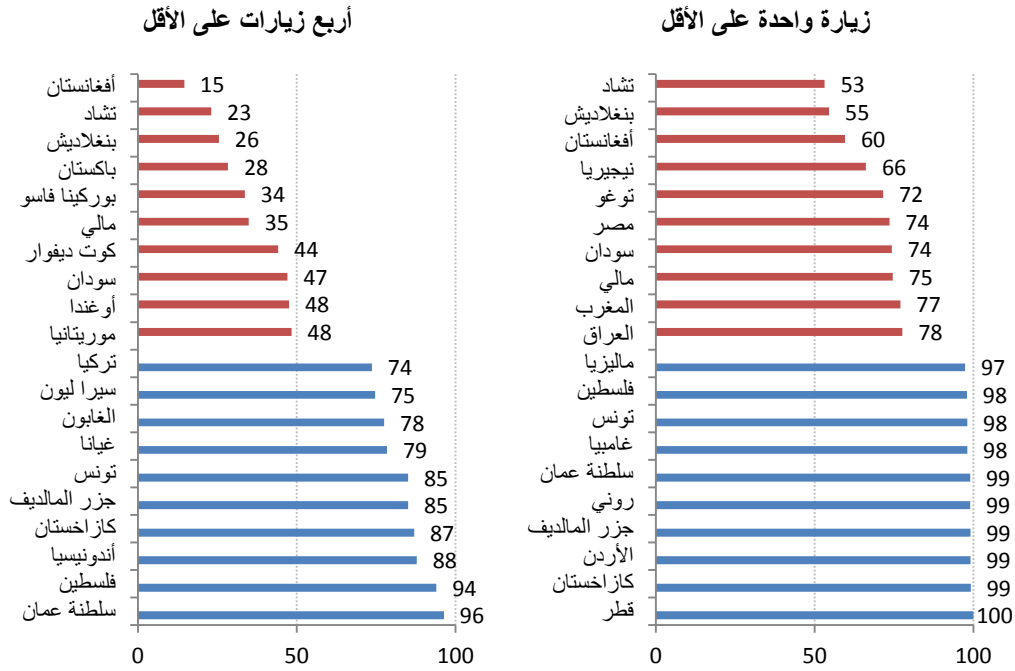
على مستوى كل بلد على حدة، زار أكثر من 90 في المائة من النساء الحوامل العيادة الصحية مرة واحدة على الأقل في 27 دولة في منظمة التعاون الإسلامي في حين؛ تراوحت هذه النسبة من 66 في المائة إلى 86 في المائة في 13 دولة أخرى. سجلت أفغانستان وبنجلاديش وتشاد أدنى معدل لتغطية الرعاية قبل الولادة حيث قام 60 في المائة، 55 في المائة و 53 في المائة من النساء بزيارة المنشأة الصحية مرة واحدة خلال فترة الحمل على التوالي (الشكل 9.3). فيما يتعلق بالأربع زيارات، أكثر من ثلث النساء الحوامل قمن بأربع زيارات للعيادة الصحية في 15 دولة في منظمة التعاون الإسلامي. من بين هذه البلدان الخمس عشر، ظلت عمان وفلسطين في بأعلى معدل لتغطية الرعاية ما قبل الولادة بأكثر من 90 في المائة. من بين دول أخرى، سجلت ست دول لمنظمة التعاون الإسلامي زيادة في معدل الرعاية ما قبل الولادة من 50 في المائة إلى 65 في المائة. في المقابل، ظلت نسبة الرعاية ما قبل الولادة أقل من 50 في المائة في 11 بلداً. كان الوضع يندرج بالخطر وخاصة في أفغانستان، حيث كان أقل من 15 في المائة من مجموع النساء الحوامل يستفدن فعلاً من الأربع زيارات ما قبل الولادة التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية خلال 2008-2012 (الشكل 9.3).

الشكل 8.3 : التغطية الرعاية ما قبل الولادة ، 2012-2008



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

الشكل 9.3 : دول منظمة التعاون الإسلامي مع أعلى وأدنى تغطية للرعاية قبل الولادة (في المائة)، 2008-2012



المصدر: منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

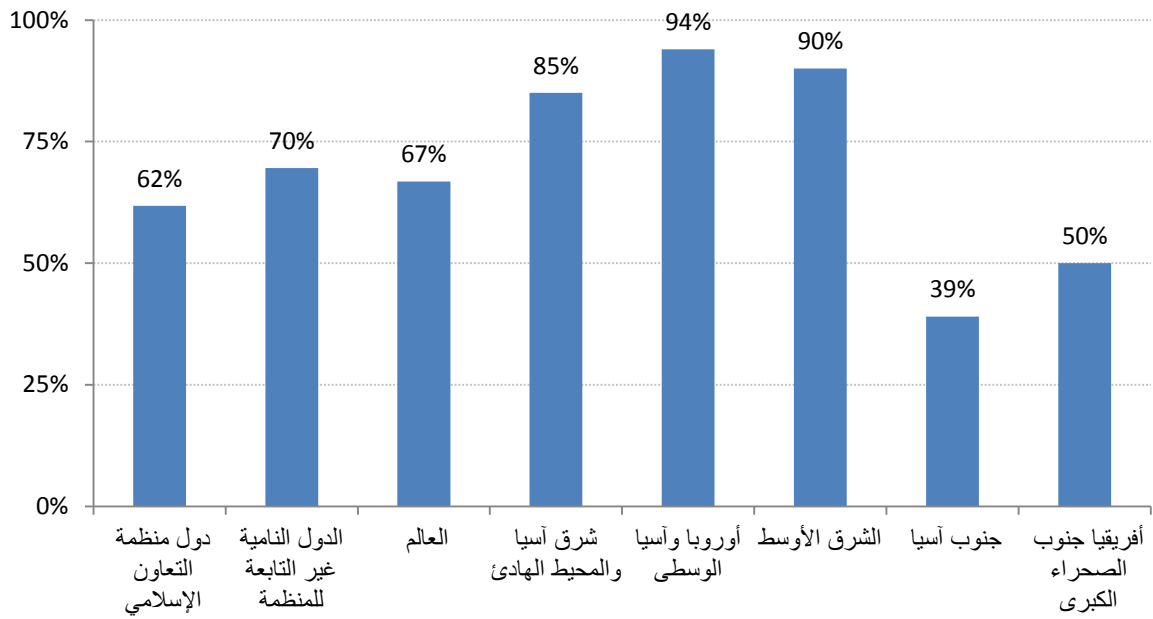
2.4.3 الولادات تحت إشراف عاملين صحيين مهرة

الرعاية الصحية الماهرة والمساعدة في وقت الولادة بالغة الأهمية بالنسبة لصحة وبقاء كل من الأم والطفل. وفقا لآخر تقديرات لمنظمة الصحة العالمية، على الصعيد العالمي، فإن حوالي 2 مليون حالة وفاة للأم وحديثي الولادة كل عام بسبب نقص الرعاية الصحية المناسبة أثناء المخاض والولادة. هذه الوفيات يمكن الوقاية منها إلى حد كبير من خلال ضمان المساعدة للعاملين الصحيين المهرة - طبيب أو ممرضة أو قابلة - أثناء الولادة.

وفقا لأحدث التقديرات، على الصعيد العالمي نجد أن ثلث حالات الولادة لاتزال تجري دون المساعدة والرعاية الماهرة (الشكل 10.3). غالبية هذه الولادات تحدث دون مساعدة طبية في البلدان النامية. في 2008-2012، فإن الطبيب أو الممرضة أو القابلة ساعدوا في 62 في المائة من الولادات في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. في المقابل، سجلت هذه النسبة 70 في المائة في البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي و 67 في المائة في العالم. كما هو مبين في الشكل 10.3، فإن التغطية بحضور الموظفين المهرة في وقت الولادة سجل ارتفاعاً كبيراً في المجموعات الإقليمية لمنظمة أوروبا وآسيا الوسطى باستثناء المناطق أفريقية جنوب الصحراء وجنوب آسيا. سجلت منطقة أوروبا وآسيا الوسطى أعلى تغطية حيث بلغت 94 في المائة تليها منطقة الشرق الأوسط بنسبة (90 في المائة) و منطقة شرق آسيا والمحيط الهادئ بنسبة بلغت (85 في المائة). حافظت هذه المناطق الثلاث على معدلات تغطية أعلى من معدلات الدول النامية وغير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي. في المقابل، بقي الوضع المقلق في المنطقة جنوب آسيا حيث حدثت 61 في المائة من مجموع الولادات من دون أي رعاية صحية ماهرة والمساعدة في وقت الولادة.

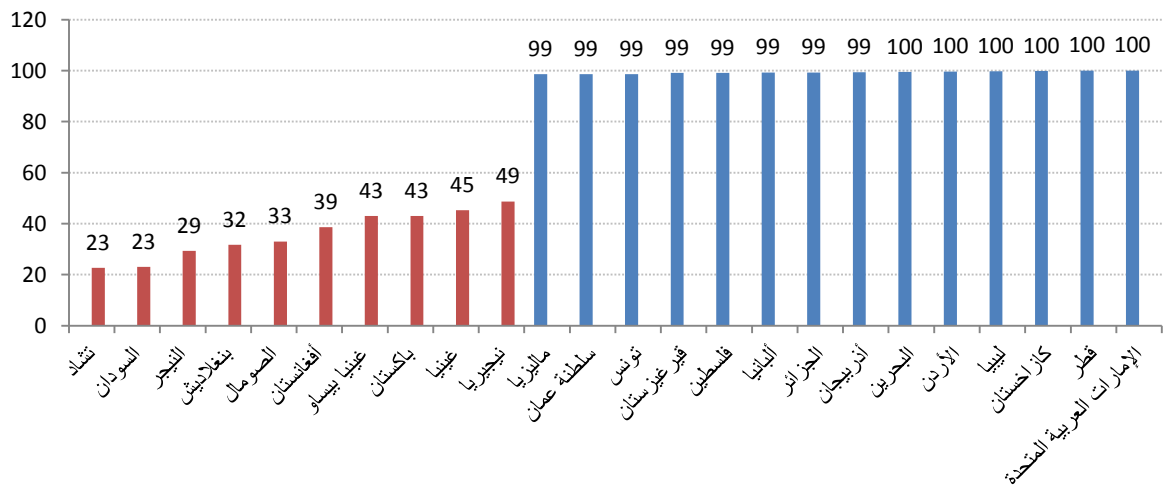
على مر السنين، شهدت غالبية دول منظمة التعاون الإسلامي تحسن في نسبة الولادات التي تتم بإشراف عاملين صحيين مهرة. خلال 2008-2012، ساعد العاملين في مجال الصحة أكثر من 90 في المائة من الولادات في 23 دولة في منظمة التعاون الإسلامي. في 16 من هذه الدول 23، وحضر العاملين الصحيين جميع الولادات (الشكل 3.11). في المقابل، تلقت أقل من 50 في المائة من مجموع النساء الحوامل الرعاية الصحية الماهرة أثناء الولادة في 10 بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وكانت تشاد والسودان في الجزء السفلي من الجدول مع سوى 23 في المائة من مجموع الولادات تحت إشراف عاملين صحيين مهرة خلال 2008-2012.

الشكل 10.3 : الولادات التي تمت عبر الموظفين الصحيين المدربين، 2008-2012



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

الشكل 11.3 : الولادات التي تمت عن طريق الموظفين الصحيين المدربين في دول منظمة التعاون الإسلامي (في المائة)، 2008-2012



المصدر: منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

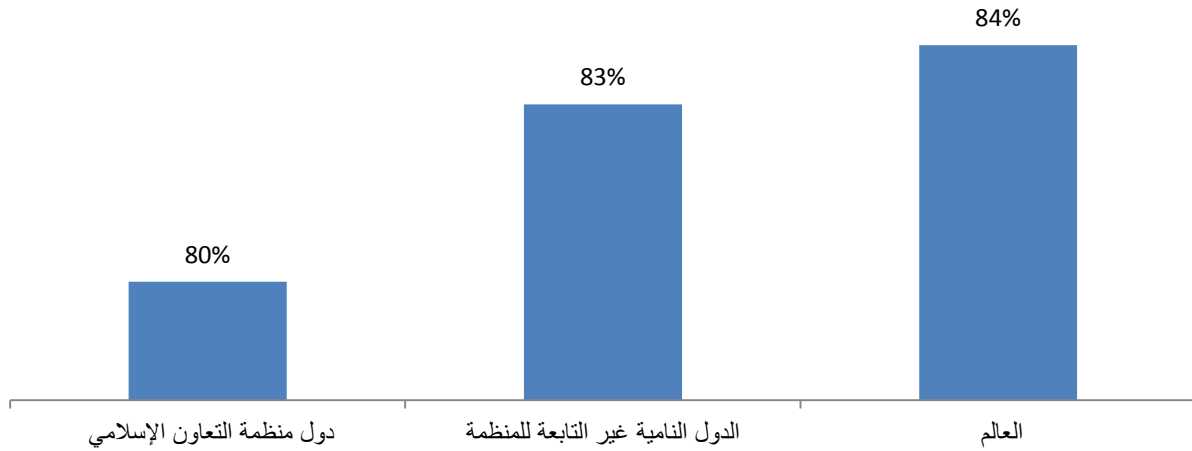
3.4.3 التحصين

واضحاً نصب عينيه المخاطر الصحية في سن معينة، فإن تحصين الطفولة هو أحد أكثر الطرق كفاءة وفعالية للوقاية من أمراض مثل الحصبة، التهاب السحايا، الدفتيريا، التيتانوس، السعال الديكي (السعال الديكي)، الحصى الصفراء، شلل الأطفال والتهاب الكبد الوبائي ب. على مر السنين، بُذلت جهود جادة في جميع أنحاء العالم لتطوير وتحسين برامج التحصين والتغطية الوطنية عن طريق ضمان الحصول على اللقاحات والتدريب اللازم للعاملين الصحيين. ساعدت هذه الجهود المقدرة نحو زيادة تغطية التحصين لمنع الملايين من وفيات الأطفال في جميع أنحاء العالم.

تغطية الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي (DTP3)، هي مزيج من لقاحات ضد ثلاثة أمراض معدية : الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي (السعال الديكي)، تستخدم كمؤشر قياسي لبرنامج التحصين الروتيني في بلد / منطقة ما عن طريق صندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) ومنظمة الصحة العالمية (منظمة الصحة العالمية، 2015). على الصعيد العالمي، زادت تغطية التحصين ضد الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي (DTP3) خلال السنة الأولى من العمر من 74 في المائة في عام 2000 إلى 84 في المائة في عام 2013، وهو ما يمثل زيادة بنسبة 10 نقطة مئوية (الشكل 12.3). هناك اتجاه مماثل ساد في البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي مع زيادة تغطية التحصين من 75 في المائة في عام 2000 إلى 83 في المائة في عام 2013. بلدان منظمة التعاون الإسلامي شهدت أيضاً تحسناً في التحصين ضد الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي (DTP3) بين الذين تتراوح أعمارهم بين سنة واحدة كما ارتفع معدل تغطيتها من 67 في المائة في 2000- إلى 80 في المائة في عام 2013. على الرغم من التغطية في منظمة التعاون الإسلامي ظلت أقل قليلاً من متوسطات البلدان النامية في العالم وغير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي، فهم في سباق مع زيادة 13 نقطة مئوية خلال 2000-2013 مقارنة مع زيادة 8 نقطة مئوية في البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي و 10 نقطة مئوية في العالم.

خلال هذه الفترة المحددة، شهدت جميع مناطق منظمة التعاون الإسلامي تحسناً في التطعيم ضد الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي (DTP3) بين الذين تتراوح أعمارهم بين سنة واحدة (الشكل 12.3). وظلت معدلات التغطية أعلى في مناطق أوروبا وآسيا الوسطى والشرق الأوسط مع نسبة 90 في المائة للتحصين ضد الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي. في المقابل، على الرغم من الزيادة التي قدرها 22 نقطة مئوية خلال 2000-2013، سجلت منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى تغطية أدنى للتحصين حيث تم فقدان حوالي ثلث الأطفال في هذه المنطقة. في الوقت نفسه، زادت نسبة الأطفال الذين يتلقون اللقاح ضد الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي خلال السنة الأولى من العمر من 66 في المائة إلى 81 في المائة في جنوب آسيا و 67 في المائة إلى 80 في المائة في شرق آسيا والمحيط الهادئ.

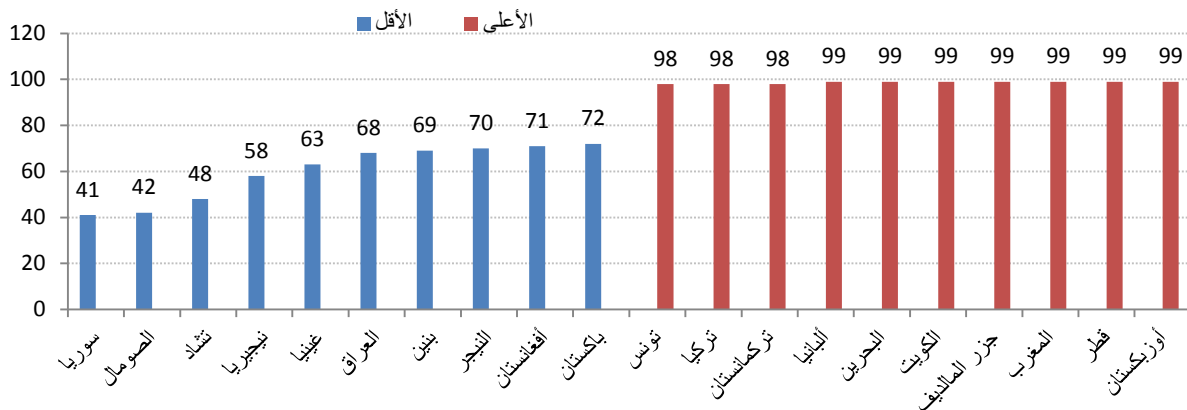
الشكل 12.3: تغطية التحصين ضد الدفتريا والكزاز والسعال الديكي (في المائة)، 2013



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

ظلت تغطية التحصين ضد الدفتريا والكزاز والسعال الديكي عالية جداً في غالبية بلدان منظمة التعاون الإسلامي. في عام 2013، سجلت 30 دولة في منظمة التعاون الإسلامي معدل تغطية بنسبة 90 في المائة أو أكثر. ومن بين هذه الدول الثلاثين، سجلت سبع دول لمنظمة التعاون الإسلامي تغطية للتحصين بنسبة بلغت 99 في المائة (الشكل 13.3). من بين دول أخرى، كانت 12 دولة ضمن نطاق 80-89 في المائة، وظلت نسبة التغطية بين 70 إلى 79 في المائة في سبع دول أخرى في منظمة التعاون الإسلامي. في المقابل، كان حوالي ثلث الأطفال البالغين من العمر سنة واحدة غير محصنين ضد الدفتريا والكزاز والسعال الديكي في سبع دول لمنظمة التعاون الإسلامي. من بين هذه الدول، كما هو مبين في الشكل 13.3، وسجلت أدنى نسبة للتغطية في سوريا (41 في المائة)، يليها الصومال (42 في المائة) وتشاد (48 في المائة).

الشكل 13.3 : دول منظمة التعاون الإسلامي مع أعلى وأدنى تغطية للتحصين ضد الدفتريا، الكزاز والسعال الديكي (في المائة)، 2013



المصدر: منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

5.3 الوقاية السيطرة على الأمراض المعدية

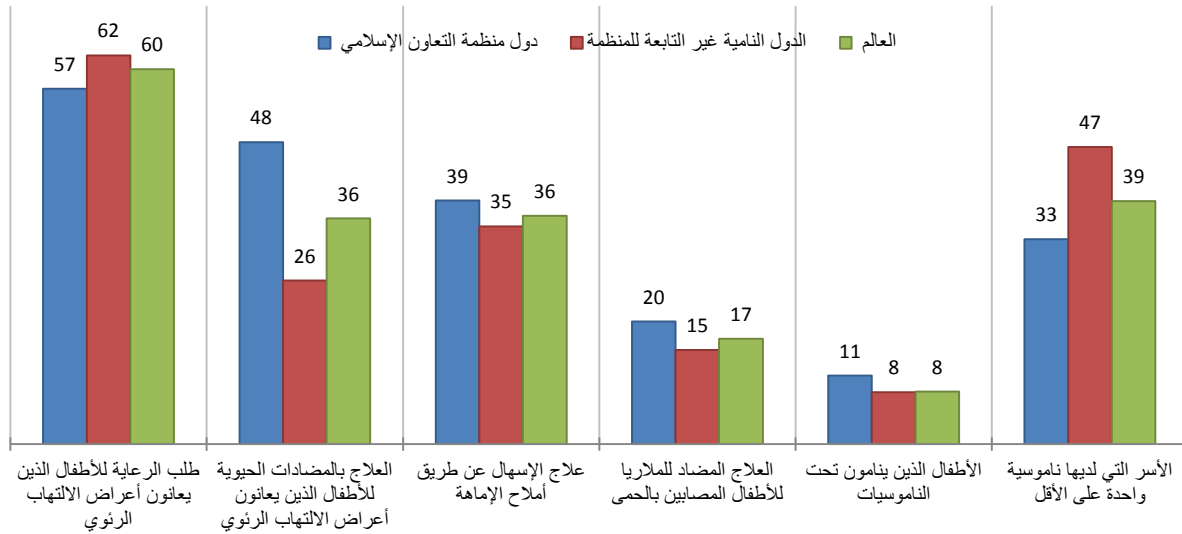
على الصعيد العالمي، أكثر من 38 في المائة من مجموع الأطفال دون سن الخامسة يتم فقدانهم بسبب ثلاثة أمراض المعدية فقط: الالتهاب الرئوي والإسهال والملاريا. عبء الجمع بين هذه الأمراض الثلاثة يبلغ 36 في المائة من مجموع وفيات الأطفال دون سن الخامسة في البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي وأكثر من 43 في المائة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. غالبية هذه الوفيات يمكن الوقاية منها باستخدام التدابير السهلة والفعالة والأسعار المعقولة من حيث التكلفة (الشكل 14.3).

بقي الحد من وفيات الأطفال الناجمة عن التهابات الجهاز التنفسي الحاد هدفاً بعيد المنال ويرجع ذلك أساساً إلى مخططات التحصين غير المكتملة، وسوء التغذية، طلب الرعاية والعلاج غير الكافي في وقت متأخر. تشير آخر التقديرات إلى أن 60 في المائة من الأطفال الذين يعانون من أعراض الالتهاب الرئوي في العالم نقلوا إلى مقدم الخدمة الصحية لإجراء الفحص الطبي و36 فقط في المائة تلقوا العلاج بالمضادات الحيوية في 2009-2013. حالة مماثلة تسود في كل من البلدان النامية في منظمة التعاون الإسلامي وغير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي. مع ذلك، فإن العلاج بالمضادات الحيوية للالتهاب الرئوي عالي بشكل ملحوظ في بلدان منظمة التعاون الإسلامي مع نسبة التغطية 48.2 في المائة (الشكل 14.3).

الإسهال هو قاتل رئيسي آخر للأطفال، حيث يمثل 9 في المائة من مجموع الوفيات من الأطفال دون سن 5 في العالم. على الرغم من أن إسهال الأطفال يمكن علاجه مع محلول بسيط مصنوع من أملاح الإماهة الفموية (ORS)، نجد أن أكثر من ثلث الأطفال (36.5 في المائة) الذين يعانون من الإسهال في جميع أنحاء العالم تم علاجهم باستخدام أملاح الإماهة الفموية في 2009-2013. سجلت نسبة التغطية 39 في المائة في منظمة التعاون الإسلامي و 35 في المائة في البلدان النامية الأخرى (الشكل 14.3).

على الصعيد العالمي، تنسب أكثر من 7 في المائة من مجموع وفيات الأطفال للإصابة بالملاريا. حدثت معظم هذه الوفيات في دول منظمة التعاون الإسلامي والتي تمثل 62 في المائة من العبء العالمي في 2009-2013. النوم تحت الناموسيات المعالجة بالمبيدات الحشرية هي الطريقة الأكثر فعالية لمنع الإصابة بالملاريا والحد من الوفيات ذات الصلة الناجمة عن الملاريا. مع ذلك، في جميع أنحاء العالم، نجد أن نسبة 8.4 في المائة فقط من الأطفال ينامون تحت الناموسيات في 2009-2013. على الرغم من نسبة التغطية بقي أفضل نسبياً في دول منظمة التعاون الإسلامي، لا يزال 11 في المائة فقط من مجموع الأطفال ينامون تحت الناموسيات (الشكل 14.3). بشكل عام، كان ما يقرب من نصف مجموع الأسر (47.4 في المائة) لديها على الأقل ناموسية واحدة في البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي مقارنة بمتوسط منظمة التعاون الإسلامي الذي يقدر 32.7 في المائة فقط.

الشكل 14.3 : تغطية تدابير للأمراض المعدية (في المائة)، 2009-2013



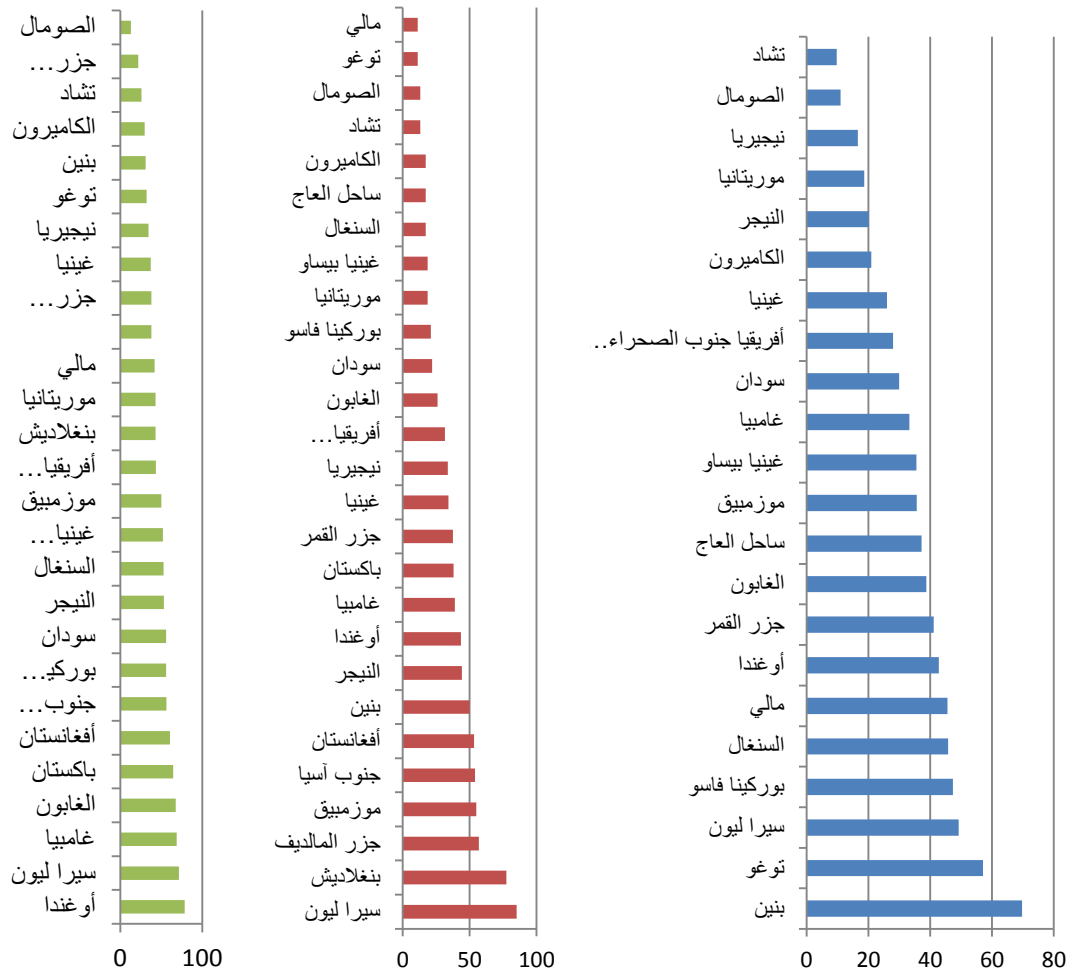
المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

ظل معدل وفيات الأطفال الناجمة عن الالتهاب الرئوي والإسهال والملاريا مركزة للغاية في منطقتين في منظمة التعاون الإسلامي وهي: أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب آسيا. اعتباراً من عام 2013، شكلت منطقة أفريقيا جنوب الصحراء 99 في المائة من وفيات الأطفال دون سن الخامسة بسبب الملاريا في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. على الرغم من هذه الحصيلة الثقيلة، تشير التقديرات الأخيرة إلى أن 28 في المائة فقط من الأطفال في هذه المنطقة ينامون تحت الناموسيات وفقط نصف مجموع الأسر (51 في المائة) لديها ناموسية واحدة على الأقل. بالنسبة للعديد من الدول في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء، ظلت تغطية الناموسيات أقل بكثير من المتوسط الإقليمي (الشكل 15.3). بصورة عامة، سجلت أدنى تغطية في تشاد حيث كان فقط 9.8 في المائة من الأطفال ينامون تحت الناموسيات تليها الصومال (11 في المائة)، ونيجيريا (16.6 في المائة).

في 2009-2013، تم الإبلاغ عن 90 في المائة من وفيات الأطفال المرتبطة بالإسهال في دول منظمة التعاون الإسلامي في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (64 في المائة) وجنوب آسيا (26 في المائة). ومع ذلك، حتى في هذه المناطق ذات العبء الثقيل، ظل العلاج باستخدام أملاح الإمهاء الفموية منخفضاً مع نسبة الأطفال الأكثر من النصف بقليل (54 في المائة) والذين يعانون من الإسهال تم علاجهم باستخدام أملاح الإمهاء الفموية في جنوب آسيا و 31 في المائة فقط في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. عادة، بلدان منظمة التعاون الإسلامي ذات العبء الأعلى للوفيات الناجمة عن والمتعلقة بالإسهال سجلت أدنى تغطية لعلاج أملاح الإمهاء الفموية. كما هو مبين في الشكل 15.3، تم علاج أقل من 30 في المائة من الأطفال الذين يعانون من الإسهال باستخدام أملاح الإمهاء الفموية في 12 بلداً، جميعهم من منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. سجلت مالي أدنى تغطية لعلاج أملاح الإمهاء الفموية (11.2 في المائة)، تليها توغو (11.3 في المائة)، الصومال (13.2 في المائة) وتشاد (13.3 في المائة).

في حالة الالتهاب الرئوي، تم الإبلاغ عن 85 في المائة من وفيات الأطفال في منظمة التعاون الإسلامي في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (60 في المائة) (25 في المائة) في جنوب آسيا. بمجرد ظهور أعراض الالتهاب الرئوي الأطفال لدى الأطفال، فإن طلب الرعاية المبكر والعلاج الفوري يمكن أن ينقذ حياتهم. حتى في 2009-2013، كان ينظر لنسبة 43 في المائة طفلاً لديهم أعراض الالتهاب الرئوي في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء و 56 في المائة في جنوب آسيا من قبل مقدمي الرعاية الصحية. على مستوى كل بلد على حدة، كما هو مبين في الشكل 15.3، تم أخذ أكثر من ثلثي الأطفال المصابين بالالتهاب الرئوي لمقدم خدمة الصحية في أربعة بلدان لمنظمة التعاون الإسلامي وهي: أوغندا (79 في المائة)، سيراليون (72 في المائة)، غامبيا (69 في المائة) والغابون (68 في المائة). على الجانب الآخر من المقياس، طلب الرعاية لعلاج الالتهاب الرئوي بقي عند أدنى مستوى له في الصومال (13 في المائة)، تليها جزر المالديف (22 في المائة) وتشاد (26 في المائة).

الشكل 15.3 : تغطية تدابير للأمراض المعدية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي المحدد (في المائة)، 2009-2013



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استنادا إلى منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

6.3 التغذية

التغذية السليمة للطفل هي واحدة من أقوى الأدوات لتنشئة جيل صحي ومنتج. أنها تساعد ليس فقط في تحسين فرص الأطفال للبقاء على قيد الحياة خلال السنوات الأولى من الحياة ولكن أيضا للمساهمة في النمو البدني والمعرفي لهم. من ناحية أخرى، سوء التغذية ليس فقط يزيد من مخاطر الوفاة بين الأطفال من الأمراض الشائعة مثل الإسهال والالتهاب الرئوي والملاريا ولكن يمكن أيضا أن يؤدي إلى توقف النمو، الذي لا رجعة فيه، ويرتبط بضعف وانخفاض القدرة المعرفية المدرسية وأداء العمل. وفقاً لليونيسيف (2013)، يتم تقييم الحالة التغذوية للأطفال من خلال قياس الوزن والطول. المؤشرات الأكثر شيوعاً للوضع التغذوي هي توقف النمو، نقص الوزن والهزال، وزيادة الوزن.

1.6.3 حالات سوء التغذية

تظهر أحدث تقديرات منظمة الصحة العالمية أن حوالي 180 مليون طفل في العالم، معظمهم من البلدان النامية، لديهم إعاقة في النمو في 2009-2013. عدد الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من التقزم، الحاد والمعتدل على حد سواء، يمثل 29 في المائة من مجموع سكان العالم. تتحمل دول منظمة التعاون الإسلامي ثلث العبء العالمي للأطفال الذين يعانون من التقزم في 2009-2013. كما هو مبين في الشكل 16.3، توقف حوالي 33 في المائة من الأطفال دون سن الخامسة في دول منظمة التعاون الإسلامي في 2009-2013 مقابل 29 في المائة في البلدان النامية الأخرى وفي العالم. من بين المناطق في منظمة التعاون الإسلامي، التي سجلت أعلى نسبة انتشار للتقزم في جنوب آسيا (45 في المائة)، تليها أفريقيا جنوب الصحراء (36 في المائة) وشرق آسيا والمحيط الهادئ (35 في المائة). من حيث عدد الأطفال الذين يعانون من التقزم، شكلت هذه المناطق الثلاث 83 في المائة من مجموع الأطفال الذين يعانون من التقزم في بلدان منظمة التعاون الإسلامي في 2009-2013. بقي توزيع الأطفال الذين يعانون من التقزم متفاوت للغاية في جميع أنحاء دول منظمة التعاون الإسلامي وأكثر من نصف الأطفال الذين يعانون من التقزم داخل نطاق منظمة التعاون الإسلامي كانوا يعيشون في أربع دول وهي: نيجيريا (17 في المائة من مجموع معدل منظمة التعاون الإسلامي)، باكستان (15 في المائة)، إندونيسيا (13 في المائة)، وبنغلاديش (9 في المائة).

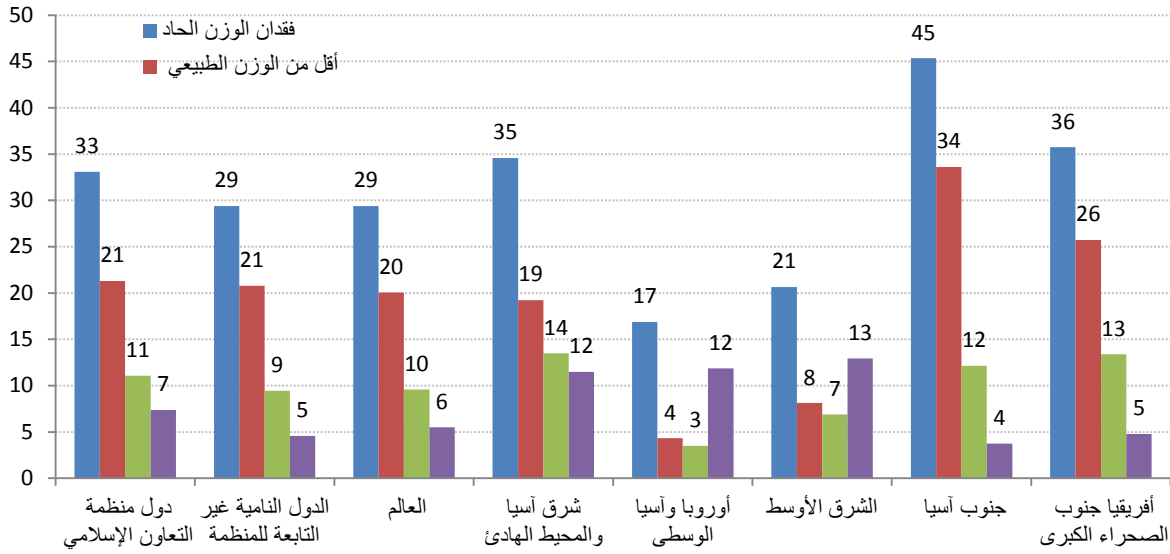
في 2009-2013، نجد أن نسبة 20.1 في المائة أو 120 مليون طفل تحت سن الخامسة في العالم يعاني من نقص الوزن. من بين البلدان النامية، شكلت مجموعة البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي تحقيق أعلى نسبة للأطفال ناقصي الوزن (65 في المائة)، تليها دول منظمة التعاون الإسلامي (35 في المائة). كما هو مبين في الشكل 16.3، جاءت نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن بمقدار 21.3 في المائة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي بنسبة قريبة من البلدان النامية الأخرى (20.8 في المائة). من بين المناطق التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي، كما هو مبين في الشكل 3.4، ظل نسبة انتشار نقص الوزن الأعلى في جنوب آسيا (34 في المائة)، تليها أفريقيا جنوب الصحراء (26 في المائة) وشرق آسيا والمحيط الهادئ (19 في المائة). من حيث الأرقام المطلقة للأطفال ناقصي الوزن، كانت مناطق أفريقيا جنوب الصحراء وجنوب آسيا موطناً لحوالي 80 في المائة من مجموع الأطفال ناقصي الوزن في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. حوالي ثلثي الأطفال ناقصي الوزن في بلدان منظمة التعاون

الإسلامي كانوا يعيشون فقط في خمس دول وهي: نيجيريا (22 في المائة من مجموع منظمة التعاون الإسلامي)، باكستان (16 في المائة)، بنغلاديش (13 في المائة)، إندونيسيا (11 في المائة) والسودان (4 في المائة).

فقد الأطفال مشكلة صحية كبيرة. على الصعيد العالمي، نجد أن أكثر من 50 مليون طفل تحت سن 5 سنوات من العمر تم فقدهم بصورة معتدلة أو حادة في 2009-2013، وهو ما يمثل نحو 10 في المائة من الأطفال في العالم. حالياً، حوالي 38 في المائة من الأطفال الذين تم فقدهم في العالم يعيشون في بلدان منظمة التعاون الإسلامي في حين تصل هذه النسبة 62 في المائة بالنسبة للبلدان النامية الأخرى. مع ذلك، كما هو مبين في الشكل 16.3، بقي انتشار الهزال أكثر أو أقل ثابتاً في البلدان النامية في منظمة التعاون الإسلامي وغيرها وذلك بنسبة 11.1 في المائة و 9.4 في المائة على التوالي. من بين المناطق التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي، الهزال أكثر انتشاراً في شرق آسيا والمحيط الهادئ، حيث واحد من كل سبعة أطفال (14 في المائة) يعاني من الهزال المتوسط أو الحاد (الشكل 3.16). توجد حالة مماثلة في مناطق أفريقيا جنوب الصحراء وجنوب آسيا. عبء الهزال أعلى في مناطق أفريقيا جنوب الصحراء وجنوب آسيا، والتي يمثل 70 في المائة من مجموع الأطفال الذين يتم فقدهم في دول منظمة التعاون الإسلامي (مع 47 في المائة يعيشون في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء و 23 في المائة في جنوب آسيا). الجدير بالذكر أن أكثر من نصف مجموع الأطفال في منظمة التعاون الإسلامي الذين يتم فقدهم كانوا يعيشون في ثلاثة بلدان فقط وهي: نيجيريا (25 في المائة من مجموع منظمة التعاون الإسلامي) وإندونيسيا (15 في المائة) وبنغلاديش (11 في المائة).

زيادة الوزن والبدانة في مرحلة الطفولة هي في إرتفاع في جميع أنحاء العالم وخاصة في العالم النامي. هناك عواقب صحية خطيرة لزيادة الوزن والبدانة في مرحلة الطفولة بما في ذلك أمراض القلب والأوعية الدموية، السكري، والعديد من أنواع السرطان. على الصعيد العالمي، في 2009-2013 يقدر عدد الأطفال الذين يعانون من زيادة الوزن دون سن الخامسة تصل إلى ما يزيد على 42 مليون نسمة. على الرغم من أن زيادة الوزن ارتبطت مرة واحدة بصورة أساسية مع البلدان ذات الدخل المرتفع، كان 72 في المائة من مجموع الأطفال يعانون من زيادة الوزن في العالم يعيشون في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. اعتباراً من 2009-2013، شكلت دول منظمة التعاون الإسلامي 32 في المائة من مجموع الأطفال الذين يعانون من زيادة الوزن في العالم في حين شكلت البلدان النامية الأخرى 40 في المائة. لكن، وكما هو مبين في الشكل 16.3، ظل انتشار زيادة الوزن بين الأطفال في دول منظمة التعاون الإسلامي (7.4 في المائة) أعلى من البلدان النامية الأخرى (4.6 في المائة). بقي انتشار زيادة الوزن أعلى في منطقة الشرق الأوسط، شرق آسيا والمحيط الهادئ وأوروبا وآسيا الوسطى (الشكل 16.3). شكلت هذه المناطق الثلاث 81 في المائة من عبء منظمة التعاون الإسلامي المتعلق بالأطفال الذين يعانون من زيادة الوزن (مع 35 في المائة يعيشون في منطقة الشرق الأوسط، و 25 في المائة في أفريقيا جنوب الصحراء و 21 في المائة في شرق آسيا والمحيط الهادئ). على المستوى القطري، فإن أعلى نسبة من مجموع الأطفال الذين يعانون من زيادة الوزن في منظمة التعاون الإسلامي (21 في المائة) يعيش في اندونيسيا تليها مصر (14 في المائة)، ونيجيريا (11 في المائة).

الشكل 16.3 : الحالة الغذائية للأطفال دون سن 5 (في المائة)، 2013



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

2.6.3 العادات الغذائية

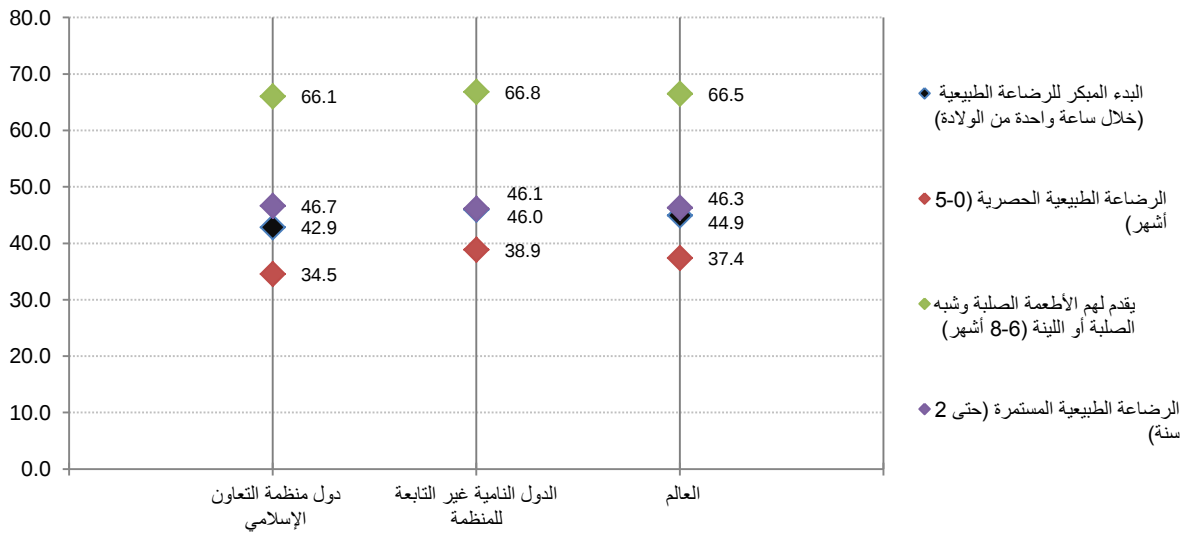
التغذية السليمة وخاصة خلال العامين الأولين من الحياة أمر بالغ الأهمية من أجل بقاء، نمو الطفل والتنمية. فيما يتعلق بأفضل العادات الغذائية للطفل، نجد أن وكالات الصحة الدولية مثل اليونيسيف ومنظمة الصحة توصي بأن الرضع ينبغي أن يتلقوا الرضاعة الطبيعية خلال ساعة واحدة من الولادة، وأن تستمر الرضاعة الطبيعية وحدها خلال الأشهر الستة الأولى من عمر الطفل حتى تصل إلى 2 سنة من العمر وأكثر من ذلك. ابتداء من 6 أشهر، ينبغي الجمع بين الرضاعة الطبيعية مع التغذية الآمنة، التي تتناسب مع أعمارهم من خلال الأطعمة الصلبة وشبه الصلبة واللبنة. وفقاً للنتائج الأخيرة لليونيسيف (2013) تنفيذ هذه التدخلات يمكن أن يقلل من الوفيات العالمية للأطفال دون سن 5 سنوات من العمر بنسبة 20 في المائة.

أحدث التقديرات على ممارسات التغذية بين الأطفال الرضع والأطفال الصغار تكشف أنه على الرغم من الأهمية البالغة لتغذية الأطفال فإن عددا كبيرا من الأطفال، لا يتم إرضاعهم طبيعياً. على الصعيد العالمي، فقط 44.9 في المائة من الرضع يتم إرضاعهم رضاعة طبيعية في غضون ساعة واحدة من الولادة و37.4 في المائة تلقوا رضاعة طبيعية حصرياً في فترة 0-5 أشهر (الشكل 17.3). تمسّياً مع الاتجاهات العالمية، ظلت تغطية ممارسات تغذية الرضع والأطفال أكثر أو أقل متماثلة في كل من البلدان النامية في منظمة التعاون الإسلامي وغير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي. في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، فقط 42.9 في المائة من الرضع تلقوا رضاعة طبيعية خلال الساعة الأولى من الولادة، ونسبة 34.9 في المائة تلقوا الرضاعة الطبيعية وحدها خلال الأشهر الستة الأولى من الحياة. تغطية الرضاعة الطبيعية حتى سن 2 ظل أفضل نسبياً في بلدان منظمة التعاون الإسلامي مع 46.7 في المائة من مجموع الأطفال الذين يرضعون حتى سن 2. تكشف التقديرات عن التغذية الملائمة للأطفال مع الأغذية التكميلية الكافية

والآمنة أن حوالي ثلثي الأطفال في دول منظمة التعاون الإسلامي تم إطعامهم الأطعمة الصلبة وشبه الصلبة أو اللينة في 6-8 أشهر. ظلت تغطية الأغذية التكميلية للرضع أكثر أو أقل متماثلة في كل من العالم والبلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي. بشكل عام، متوسط دول منظمة التعاون الإسلامي من أجل الشروع المبكر للكشف عن سرطان الثدي والرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة ستة أشهر ظلت أقل بشكل واضح من بقية العالم، ومتوسطات الدول النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي (الشكل 17.3).

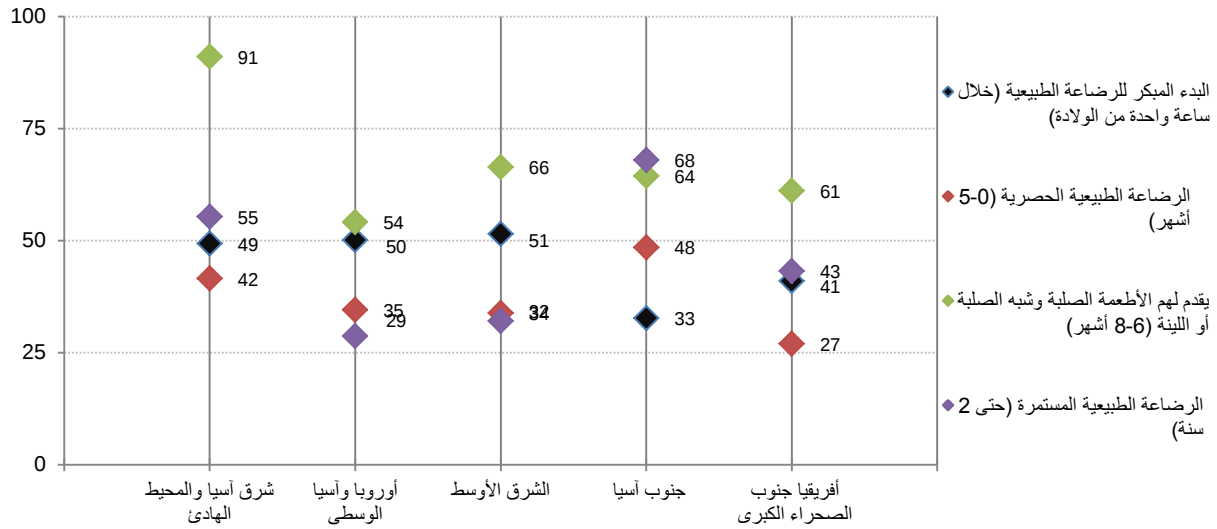
تغطية ممارسات الرضاعة الطبيعية الموصى بها تختلف إلى حد كبير بين المناطق في منظمة التعاون الإسلامي (الشكل 18.3). حصّة الرضع الذين يحصلون على رضاعة طبيعية خلال ساعة واحدة من الولادة يتراوح من 33 في المائة في جنوب آسيا إلى 51 في المائة في منطقة الشرق الأوسط. من ناحية أخرى، من حيث استمرار الرضاعة الطبيعية في عمر 2 سنة من العمر، تتراوح التغطية من 29 في المائة في أوروبا وآسيا الوسطى إلى 68 في المائة في جنوب آسيا. بشكل عام، فإن البيانات من ثلاثة مؤشرات تتعلق بالرضاعة الطبيعية تكشف أن الأطفال في أفريقيا جنوب الصحراء، ومنطقة الشرق الأوسط وأوروبا وآسيا الوسطى ظلت عرضة بشكل خاص لسوء التغذية. فيما يتعلق بإدخال الأغذية التكميلية، سجلت المنطقة شرق آسيا والمحيط الهادئ أعلى نسبة للتغطية بنسبة 91 في المائة في حين تم إطعام حوالي ثلثي الأطفال الأطعمة الصلبة وشبه الصلبة أو اللينة في 6-8 أشهر في مناطق الشرق الأوسط، جنوب آسيا ، وأفريقيا جنوب الصحراء (الشكل 18.3).

الشكل 17.3 : تغطية ممارسات تغذية الأطفال (في المائة)، 2009-2013



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استنادا إلى منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

الشكل 18.3 : تغطية ممارسات تغذية الأطفال (في المائة) في المناطق منظمة التعاون الإسلامي، 2009-2013



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

7.3 نقص المغذيات الدقيقة

نقص المغذيات الدقيقة مثل نقص فيتامين أ والحديد واليود والزنك وحمض الفوليك شائعة جداً بين النساء والأطفال في البلدان النامية ذات الدخل المنخفض، بما في ذلك بعض بلدان منظمة التعاون الإسلامي. في الوقت الذي تبذل فيه الجهود لتحسين الوضع التغذوي للأطفال من خلال الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية الذي مازال حرجاً، فإن التدخلات مثل المكملات تعتبر كنهج سريع لتحسين تناول المغذيات الدقيقة الحيوية بين النساء والأطفال. يعرض هذا القسم الفرعي لمحة موجزة عن الجهود التي تبذلها دول منظمة التعاون الإسلامي لتحسين نقص المغذيات الدقيقة بين الأطفال.

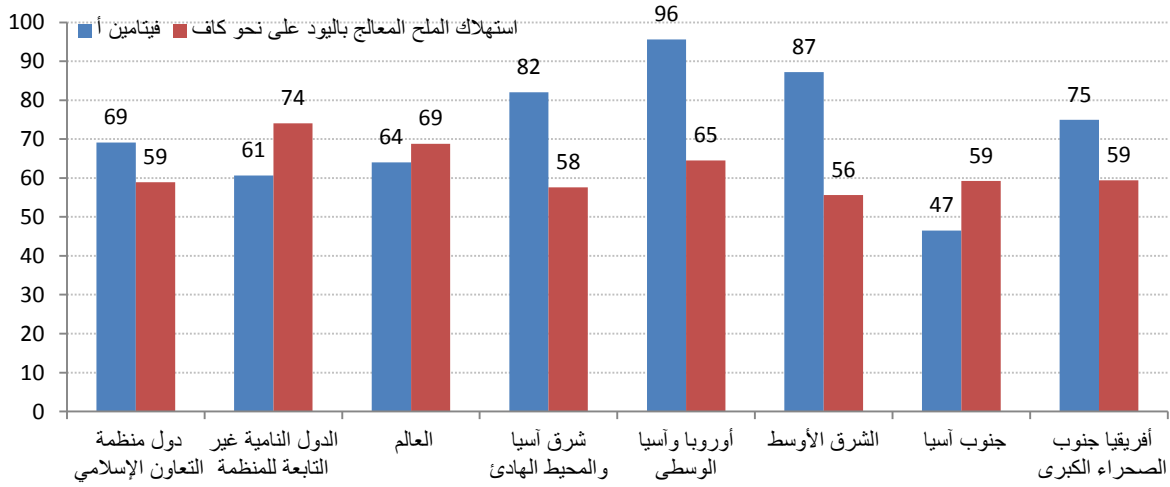
1.7.3 فيتامين (أ) المكمل الغذائي

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية (2015)، نقص فيتامين أ هو مشكلة صحية عامة وخاصة في أفريقيا وجنوب شرق آسيا. فهو لا يمثل فقط السبب الرئيسي للعمى الذي يمكن الوقاية منه في الأطفال ولكنه يزيد أيضاً من خطر المرض والموت من الإلتهابات الشديدة. على الصعيد العالمي، حوالي ثلثي الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-59 شهراً تلقى جرعتين من فيتامين (أ) في 2009-2013 (الشكل 19.3). ظلت تغطية فيتامين أ أعلى في دول منظمة التعاون الإسلامي حيث 69 في المائة من الأطفال يتلقون جرعتين من فيتامين أ في البلدان النامية. سجلت الدول غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي تغطية منخفضة نسبياً بلغت 61 في المائة. التغطية التكميلية لفيتامين (أ) تختلف بشكل كبير بين المناطق في منظمة التعاون الإسلامي. في 2009-2013، سجلت أوروبا وآسيا الوسطى أعلى معدل تغطية 96 في المائة تليها منطقة الشرق الأوسط بنسبة (87 في المائة) ومنطقة شرق آسيا والمحيط الهادئ بنسبة (82 في المائة). في المقابل، لا يزال الأطفال الأكثر عرضة لنقص فيتامين ألف، وبالتالي العمى في مناطق شرق آسيا، مع أكثر من نصف الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-59 شهراً لم يتلقوا جرعتين من فيتامين (أ) (الشكل 19.3).

2.7.3 استهلاك الملح المعالج باليود

استهلاك الملح المعالج باليود بشكل كاف هو تدخل رئيسي آخر لمنع وتحسين نقص اليود وعواقبه. اليود ضروري لنمو الجنين. إذا لم تحصل الأمهات على كمية كافية من اليود، فقد يعاني الأطفال شكلاً من أشكال التخلف العقلي يسمى القماءة (منظمة الصحة العالمية ، 2015). نتيجة لذلك، فإنه لا يؤثر فقط على أداء الطفل في المدرسة ولكن أيضاً يؤثر على إنتاجيتهم والقدرة على العثور على وظيفة في مرحلة البلوغ. على الصعيد العالمي، ما يقرب من 50 مليون شخص يعانون من درجة معينة من تلف في الدماغ ناجم عن نقص اليود. وفقاً لأحدث التقديرات، على الصعيد العالمي، 69 في المائة من الأسر يحصل على نسبة كافية من الملح المعالج باليود (15 جزء في المليون أو أكثر)، ولكن التغطية تختلف بشكل ملحوظ بين البلدان النامية (الشكل 19.3). البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي سجلت أعلى التغطية، مع 74 في المائة من الأسر التي تستهلك الملح المعالج باليود على نحو كاف. في المقابل، 59 في المائة فقط من الأسر تستهلك الملح المعالج باليود على نحو كاف في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. الاستهلاك الكافي للملح المعالج باليود بقي أكثر أو أقل متماثلاً في جميع المناطق في منظمة التعاون الإسلامي باستثناء أوروبا وآسيا الوسطى، حيث بلغت نسبة الأسر المستهلكة للملح المعالج باليود 65 في المائة في 2009-2013.

الشكل 19.3 : تغطية المغذيات الدقيقة التكميلية (في المائة)، 2009-2013

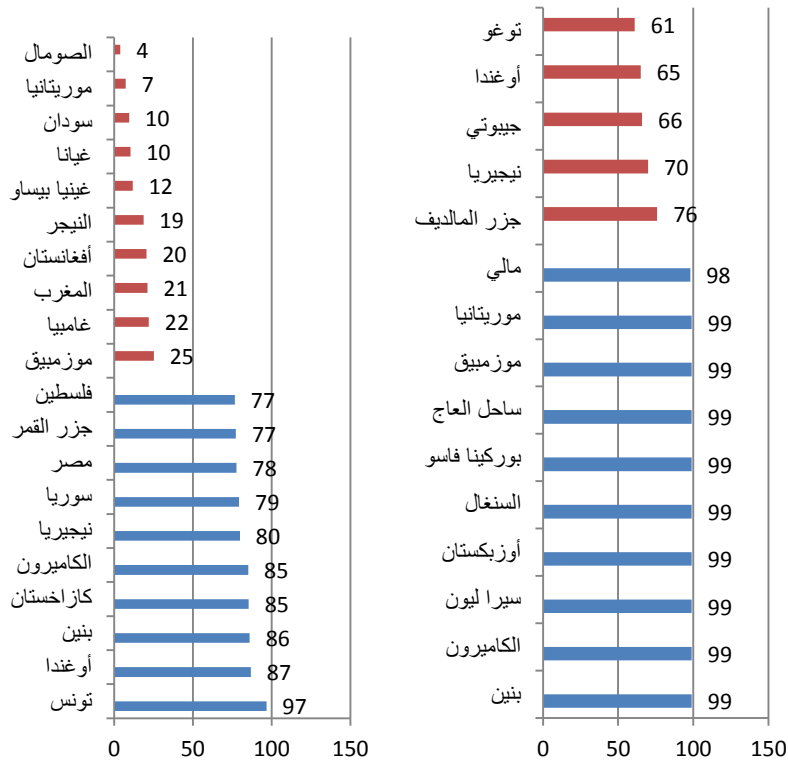


المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى اليونيسيف، مستودع البيانات

على مستوى كل بلد على حدة، 20 من أصل 27 دولة في منظمة التعاون الإسلامي، والتي تتوفر حولها البيانات، قد وصلت إلى الهدف العالمي 80 في المائة من التغطية المتعلقة بجرعتي فيتامين أ. 20 من بين هذه الدول، ظلت التغطية فيها أكثر من 90 في المائة في 17 بلداً في منظمة التعاون الإسلامي، 12 منها من منطقة أفريقيا جنوب الصحراء (الشكل 20.3). لإستهلاك الملح المعالج باليود على نحو كاف، فإن من بين بلدان منظمة التعاون الإسلامي 43 التي توفرت حولها البيانات، تمكنت تونس فقط من الوصول إلى الهدف العالمي البالغ 90 في المائة من التغطية. من بين دول أخرى، فإن نسبة استهلاك الملح المعالج باليود تراوحت بين 50-88 في المائة في 23 دولة في منظمة التعاون الإسلامي. 14 من هذه الدول ظلت التغطية فيها أكثر من 70 في المائة. على الجانب السفلي، أقل من 30 في

المائة من الأسر تستهلك الملح المعالج باليود على نحو كاف في 11 دولة في منظمة التعاون الإسلامي. من بين هذه البلدان، ظلت التغطية أقل من 15 في المائة في الصومال، موريتانيا، السودان، غيانا، وغينيا بيساو.

الشكل 20.3 : دول منظمة التعاون الإسلامي مع أعلى وأدنى تغطية للأغذية التكميلية (في المائة)، 2009-2013



المصدر: قاعدة بيانات اليونيسيف

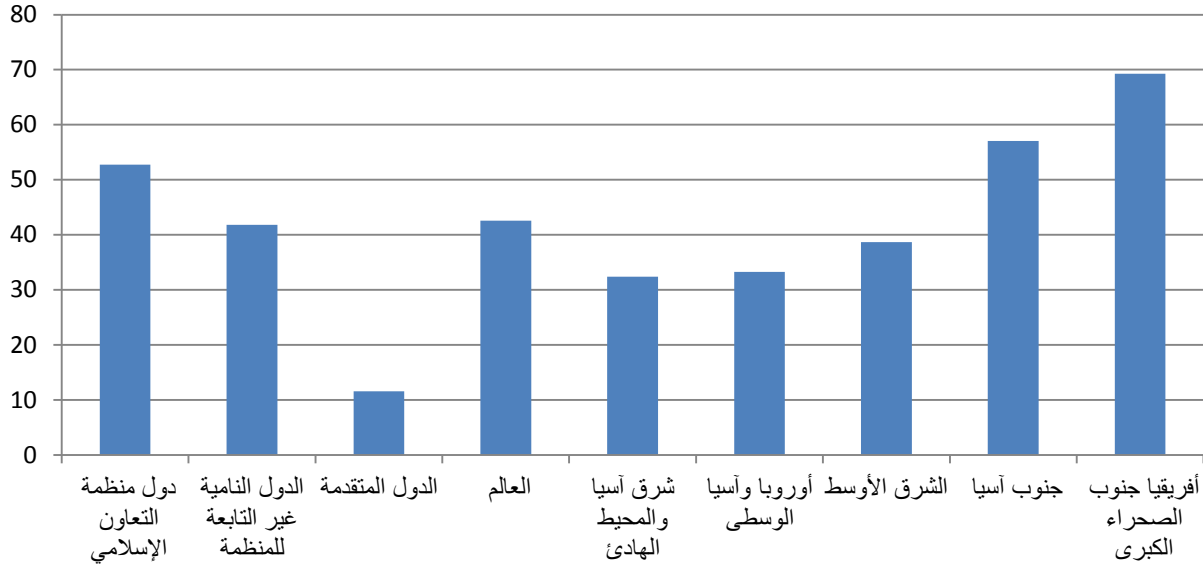
3.7.3 أنيميا نقص الحديد

نقص الحديد هو أحد الإضطرابات الغذائية الأكثر شيوعاً وانتشاراً في العالم. مع ذلك، فإنه في الغالب ينتشر بين الأطفال والنساء في البلدان النامية ذات الدخل المنخفض، على الرغم من أنه هو نقص المغذيات الوحيد الذي ينتشر أيضاً في كثير من البلدان المتقدمة. يشار إلى نقص الحديد باعتباره السبب الأكثر شيوعاً لفقر الدم عند النساء والأطفال. خلال فترة الحمل، يمكن أن يكون نقص الحديد تكون ضاراً على كل من الأم والطفل، مما يؤدي إلى مضاعفات الولادة، زيادة مخاطر وفيات الأمهات (يساهم في حوالي 20 في المائة من الوفيات)، ضعف النمو البدني والعقلي للطفل (اليونيسيف، 2004).

وفقاً لأحدث التقديرات، أكثر من 43 في المائة من الأطفال دون سن 5 يعانون من فقر الدم في عام 2011. بينما كان معدل انتشار فقر الدم 12 في المائة فقط في البلدان المتقدمة، كانت الأرقام مذهلة في البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي ودول منظمة التعاون الإسلامي مع 42 في المائة و 53 في المائة من الأطفال الذين يعانون من فقر الدم على التوالي (الشكل 21.3). بين منطقة منظمة التعاون الإسلامي، ظل فقر الدم لدى الأطفال تحدياً صحياً كبيراً في جنوب آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. شكلت هاتين المنطقتين أكثر من 70 في المائة من مجموع الأطفال المصابين بفقر الدم في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. كما هو مبين في الشكل 21.3، حوالي 69 في المائة من

الأطفال يعانون من فقر الدم في أفريقيا جنوب الصحراء و 57 في المائة في جنوب آسيا. في المقابل، كان أقل من 40 في المائة من الأطفال المصابين بفقر الدم في المناطق الأخرى.

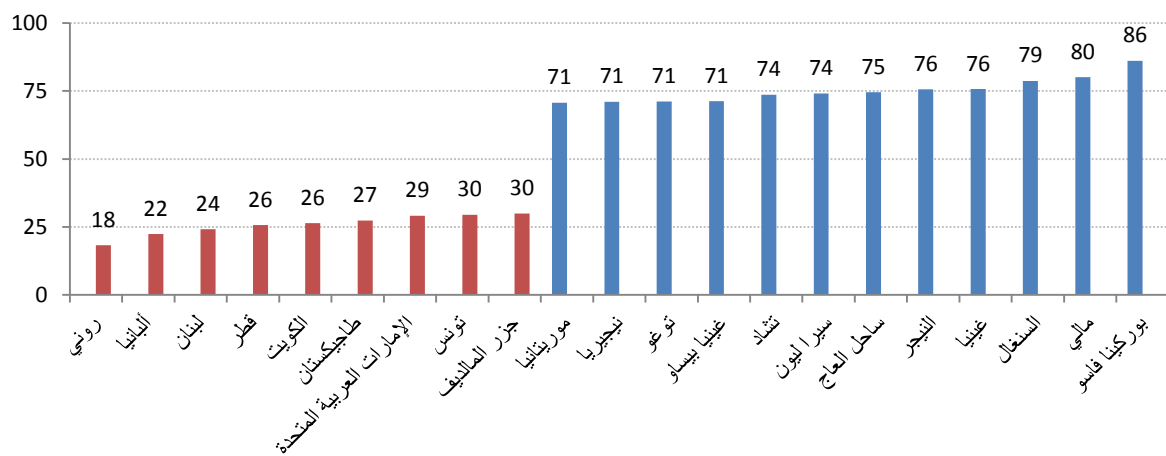
الشكل 21.3 : انتشار نقص الحديد في الدم (في المائة)، 2009-2013



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى البنك الدولي، مؤشرات التنمية العالمية

بالبحث في كل بلد على حدة، كما هو مبين في الشكل 22.3، سجلت برونائي أدنى معدل إنتشار لفقر الدم بين الأطفال (18.3 في المائة)، تليها ألبانيا (22.4 في المائة) ولبنان (24.2 في المائة). على الجانب الآخر من المقياس، بقي الإنتشار الأعلى في بوركينا فاسو (86 في المائة)، تليها مالي (80.1 في المائة) والسنغال (78.7 في المائة). بشكل عام، كان أكثر من نصف الأطفال المصابين بفقر الدم في 24 بلداً في منظمة التعاون الإسلامي، 21 منهم من منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى.

الشكل 22.3: دول منظمة التعاون الإسلامي مع أعلى وأدنى معدل انتشار فقر الدم (في المائة)، 2009-2013



المصدر: البنك الدولي، مؤشرات التنمية العالمية

الوقاية ومكافحة الأمراض والأوبئة هي واحدة من أكثر المجالات الهامة التي ينبغي تناولها في مجال الصحة. التعاون في هذا المجال يصب في المصلحة المشتركة للمجتمع الدولي وجميع دول منظمة التعاون الإسلامي. وفي هذا السياق، فإن البلدان النامية، بما في ذلك البلدان الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي قد إتخذت مختلف الإجراءات لمكافحة الأمراض والأوبئة من خلال كل من برامج الصحة الوطنية / الاستراتيجية والشراكات على المستوى الدولي. بما أن جزءاً كبيراً من البلدان النامية، ومجموعة دول منظمة التعاون الإسلامي تعكس مستويات عالية من التجانس والاختلاف في مجال التنمية الاجتماعية والاقتصادية. وجود التجانس من حيث ملامح التنمية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي يلاحظ أيضاً في أدائها في مجال الوقاية من الأمراض ومكافحتها.

سعت بلدان منظمة التعاون الإسلامي على مدى سنوات لتطوير استراتيجيات متعددة الأوجه للوقاية والرعاية والعلاج وبرامج وخطط التأهب لحالات الطوارئ. مع ذلك، يبدو أنه لايزال هنالك حوجة للمزيد من الجهود لتعزيز البنى التحتية الصحية، بناءً على قدرات العاملين في مجال الصحة وتحسين فرص الحصول على الأدوية الأساسية، بما في ذلك اللقاحات، لا سيما في بلدان منظمة التعاون الإسلامي التي تفتقر إلى الموارد اللازمة للقيام بذلك. هذا يؤكد الحاجة الملحة إلى توثيق التعاون على الصعيدين الإقليمي والعالمي بمشاركة من المؤسسات والمبادرات الدولية ذات الصلة في مجال الصحة، مثل منظمة الصحة العالمية والصندوق العالمي.

بالقائه نظراً على الاتجاهات العامة في معدلات الاعتلال والوفيات (أي انتشار الوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية وغير المعدية، وكذلك الإصابات) تتكشف الصورة كاملة. في بلدان منظمة التعاون الإسلامي 55.3 في المائة من مجموع الوفيات كانت ناجمة عن الأمراض غير المعدية (NCDs) في عام 2012. كل عام هنالك عدد متزايد من الناس يموت من الأمراض غير المعدية في دول منظمة التعاون الإسلامي نابعة من الاتجاهات الايجابية التي ظهرت في عوامل الخطر (مثل الاستخدام الضار للكحول والبدانة). في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، كانت الأمراض المعدية (CDs) مسؤولة عن 33.7 في المائة من مجموع الوفيات في عام 2012، والذي يتجاوز بكثير متوسط البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي وكذلك المتوسط العالمي. هذه الأرقام الأساسية تعني أن بلدان منظمة التعاون الإسلامي تحتاج لتصميم وتنفيذ استراتيجيات أكثر فعالية لكل من الوقاية والسيطرة على الأمراض غير المعدية والأمراض المعدية.

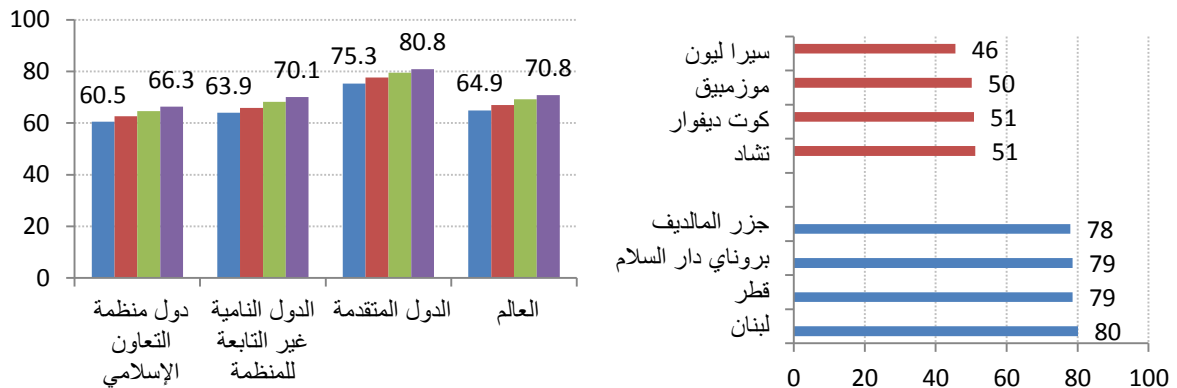
1.4 العمر المتوقع عند الولادة

متوسط العمر المتوقع عند الولادة (LEB) هو مؤشر مهم على الحالة الصحية العامة للناس في بلد ما وجودة خدمات الرعاية الصحية التي يتلقونها. يعرف بأنه متوسط عدد السنوات التي من المتوقع أن يعيشها المولود الجديد إذا ظلت الأوضاع الصحية والمعيشية في وقت الولادة على نفس المستوى. بشكل عام، يتم تحديد متوسط العمر المتوقع عند الولادة في بلد ما من قبل مجموعة متنوعة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية مثل حالة الفقر وسوء التغذية، الحصول على المياه النظيفة والصرف الصحي، توفر خدمات الرعاية الصحية الأولية وتغطية التحصين.

يعرض الشكل 1.4 (يسار) معدلات العمر المتوقع بين عامي 1990 و 2013 في جميع أنحاء العالم. في المتوسط، دول منظمة التعاون الإسلامي، كمجموعة شهدت، تحسناً في متوسط العمر المتوقع عند الولادة بين 1990 و 2013 حيث ارتفع متوسط العمر المتوقع عند الولادة من 60.5 سنة في 1990 إلى 66.3 سنة في عام 2013. في الفترة نفسها، زاد متوسط العمر المتوقع عند الولادة من 63.9 إلى 70.0 في البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي. خلال هذه الفترة، ارتفع متوسط العمر المتوقع عند الولادة في جميع أنحاء العالم من 64.9 إلى 70.8. بلغ متوسط العمر المتوقع عند الولادة في البلدان المتقدمة 80.8، وهو أعلى متوسط للعمر المتوقع عند الولادة بين جميع الفئات. بإيجاز، على الرغم من التحسن الكبير في متوسط العمر المتوقع عند الولادة، لدول منظمة التعاون الإسلامي، في المتوسط، لا تزال متخلفة عن متوسط الدول النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي والمتوسط العالمي وكذلك متوسط الدول المتقدمة.

ضمن مجموعة منظمة التعاون الإسلامي، كان ينظر إلى أدنى متوسط للعمر المتوقع عند الولادة في البلدان الواقعة في منطقة جنوب الصحراء الأفريقية (56.4 عاماً) وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (68.6 سنة) وجنوب آسيا (69.0 سنة). على المستوى القطري لمنظمة التعاون الإسلامي، وذلك اعتباراً من عام 2013، لوحظ أن أعلى متوسط للعمر المتوقع عند الولادة في لبنان (80.1 سنة). على الجانب الآخر من المقياس، ند أن متوسط العمر المتوقع عند الولادة يصل إلى 45.6 في سيراليون (الشكل 1.4، يمين).

الشكل 1.4: العمر المتوقع عند الميلاد وبلدان منظمة التعاون الإسلامي مع أعلى وأدنى متوسط العمر المتوقع عند الولادة



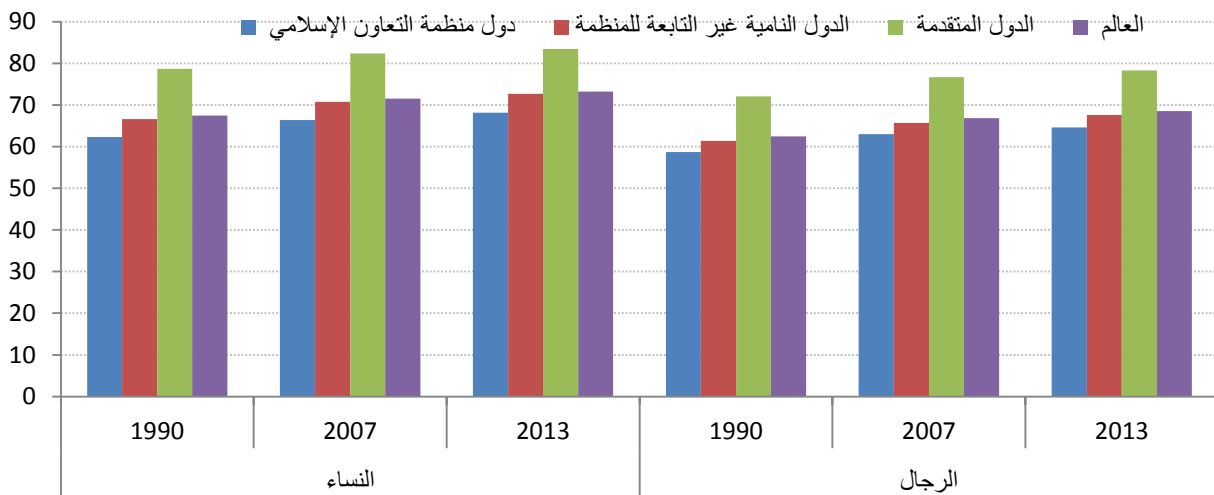
المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى البنك الدولي، مؤشرات التنمية في العالم

كما هو الحال في مجموعات البلدان الأخرى، فإن مصدر قلق آخر لبلدان منظمة التعاون الإسلامي على متوسط العمر المتوقع عند الولادة موجود وهو التفاوت بين الذكور والإناث. اعتباراً من عام 2013، كان متوسط العمر المتوقع عند الولادة للإناث 68.1، وهو أعلى بمقدار 3.53 سنوات من متوسط العمر المتوقع عند الولادة للذكور عند الولادة في دول منظمة التعاون الإسلامي. في البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي تجاوز متوسط العمر المتوقع عند الولادة للإناث أيضاً متوسط العمر المتوقع عند الولادة للذكور بمقدار 5.12 سنوات. كان متوسط العمر المتوقع عند الولادة في جميع أنحاء العالم للإناث أعلى بمقدار 4.67 سنوات مقارنة مع عدد السكان من الذكور في عام 2013 (الشكل 2.4).

بسبب نظم الرعاية الصحية الأكثر كفاءة وفعالية وتحسين مستويات المعيشة، نجد أن العديد من البلدان النامية، بما في ذلك دول منظمة التعاون الإسلامي، قد نجحت في زيادة متوسط العمر المتوقع عند الولادة. مع ذلك، واصلت الدول المتقدمة تحسين مستوى معيشتها وبالتالي فإن الفجوة في متوسط العمر المتوقع عند الولادة بين البلدان النامية والبلدان المتقدمة لم تضيق.

على الرغم من أن متوسط العمر المتوقع عند الولادة لكل من الذكور والإناث في دول منظمة التعاون الإسلامي زاد مع مرور الوقت، فإن متوسطات مجموعة منظمة التعاون الإسلامي لا تزال أقل بكثير من متوسط العمر المتوقع عند الولادة ينظر في البلدان المتقدمة. من الواضح أيضاً أنه في دول منظمة التعاون الإسلامي، متوسط العمر المتوقع عند الولادة لم يزد على بشكل متساوي لكل من الذكور والإناث. كل هذه الأرقام تعني كل من وجود المشاكل المتعلقة بالوقاية من الأمراض ومكافحتها وكذلك المساواة في الحصول على الخدمات الصحية للسكان الذكور والإناث في دول منظمة التعاون الإسلامي.

الشكل 2.4 : العمر المتوقع عند الميلاد (سنوات)



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى البنك الدولي، مؤشرات التنمية في العالم

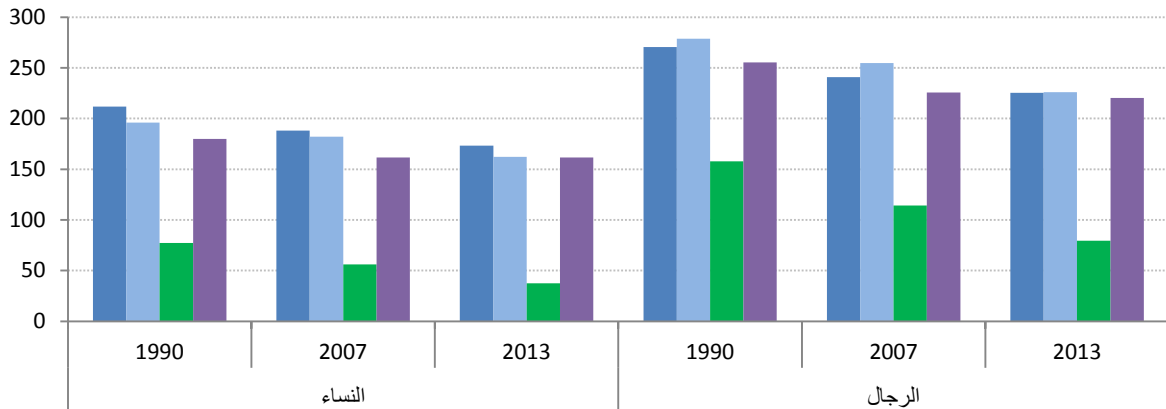
2.4 معدل وفيات الكبار

يعرف معدل وفيات البالغين (AMR) بأنه احتمال الوفاة بين سن 15 و 60 سنة لكل 1000 من السكان. يعتبر واحداً من أكثر التدابير المشتركة لتقييم الوضع الصحي في البلاد. وعند النظر إلى معدل وفيات البالغين للذكور والإناث بين عامي 1990 و 2013 لمجموعات البلدان فمن المفيدة فهم مستوى التقدم الصحي الذي تقوم به هذه المجموعات من البلدان.

كما هو مبين في الشكل 3.4، رفض متوسط معدل وفيات البالغين في جميع أنحاء العالم للسكان من الذكور تناقص من 255.2 حالة وفاة لكل 1000 شخص في 1990- إلى 220.3 في عام 2013. بالنسبة للإناث، فإن المتوسط العالمي لمعدل وفيات البالغين تناقص من 180- إلى 161.5 في نفس الفترة. في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، يعتبر أيضاً أن أرقام معدل وفيات البالغين آخذة في التناقص. بين عامي 1990 و 2013، انخفض معدل وفيات البالغين للذكور من 270.7- إلى 225.5 حيث كان تناقص معدل وفيات البالغين للإناث من 211.7- إلى 173.2 حالة وفاة لكل 1000 من السكان. الفجوة بين الجنسين من حيث معدل وفيات البالغين إنخفضت من 59- إلى 52.5 هذا التغيير سجل في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي. ولذلك، فإنه من الصعب الادعاء بأن هناك تحسناً كبيراً في الحد من التفاوت بين الجنسين من حيث معدل وفيات البالغين بين عامي 1990 و 2013 في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. على مستوى كل بلد على حدة، سجل لبنان أدنى معدل وفيات البالغين بمقدار (44.9) للإناث في حين أن موزامبيق سجلت أعلى معدل وفيات البالغين بمقدار (475.5) في عام 2013. بالنسبة لعدد السكان من الذكور، سجلت موزامبيق أعلى معدل وفيات البالغين بمقدار (489.3) أما أدنى المستويات لمعدل وفيات البالغين فقد لوحظ في قطر (63.8) (الشكل 4.4). عموماً، من بين مناطق منظمة التعاون الإسلامي، سجلت أعلى معدل وفيات البالغين في بلدان منظمة التعاون الإسلامي الواقعة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى على حد سواء للذكور (323 حالة وفاة لكل 1000 من السكان في المتوسط) والإناث (288 حالة وفاة لكل 1000 من السكان في المتوسط) اعتباراً من عام 2013.

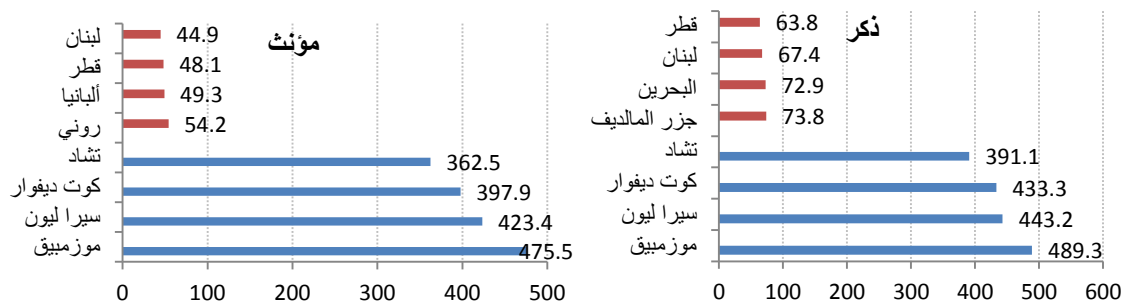
عموماً، قد تحسن وضع وفيات البالغين بشكل ملحوظ في بلدان منظمة التعاون الإسلامي ومعدل وفيات البالغين في تلك البلدان إتجه نحو الانخفاض خلال الفترة 1990-2013. بفضل جهود واسعة من المؤسسات الوطنية والدولية لمكافحة الأمراض المعدية وغير المعدية. مع ذلك، كان التحسن لا يكفي للحاق بالمتوسط العالمي. لذلك، ينبغي لبلدان منظمة التعاون الإسلامي الاستثمار أكثر في الخدمات الصحية للحد من زيادة معدل وفيات البالغين والقضاء على التفاوت بين الجنسين في معدل وفيات البالغين نحو خلق مجتمعات أكثر مساواة. لنجاح هذه الجهود، من المهم التعاون مع المجتمع الدولي والاستفادة من تجارب الدول الأخرى في منظمة التعاون الإسلامي.

الشكل 3.4: معدل وفيات البالغين (لكل 1000 شخص)



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى البنك الدولي، مؤشرات التنمية في العالم

الشكل 4.4: دول منظمة التعاون الإسلامي مع أعلى وأدنى معدل وفيات الكبار، 2013



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى البنك الدولي، مؤشرات التنمية في العالم

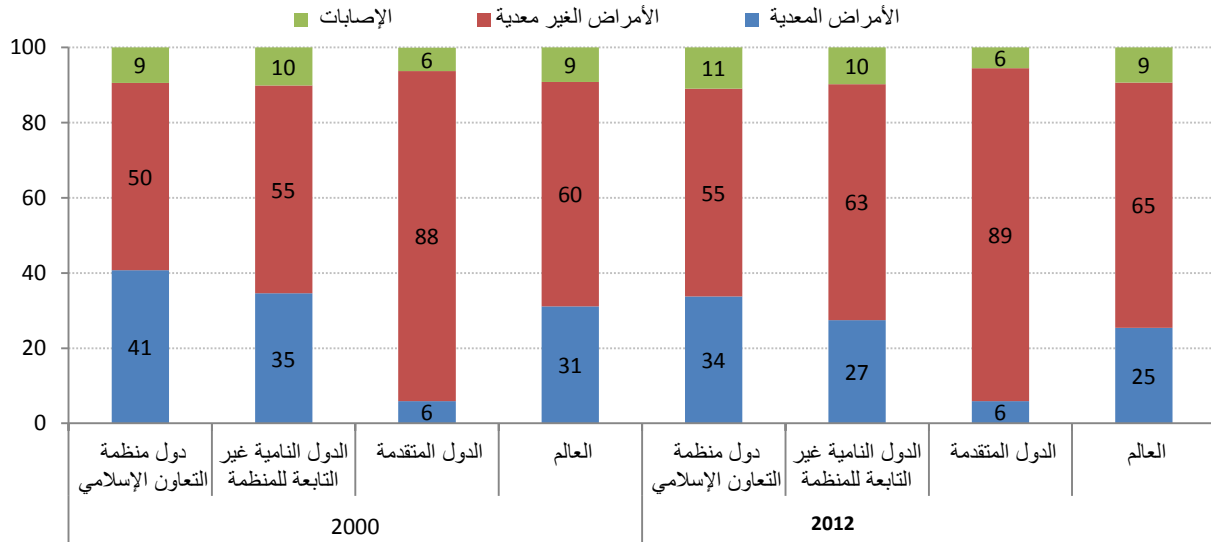
3.4 أسباب الوفاة

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، أسباب الوفاة يمكن تصنيفها تحت ثلاث فئات رئيسية هي: الأمراض غير المعدية (NCDs)، الأمراض المعدية (CDs) والإصابات. مستويات التنمية في البلدان لا تؤثر فقط على معدلات الوفيات، العمر المتوقع ونوعية حياة سكانها ولكن أيضاً على تحديد الأسباب الرئيسية في وفاتهم. عندما تصبح البلدان أكثر تقدماً مع مرور الوقت، فإنها يمكن أن تستثمر أكثر في مكافحة الأمراض المعدية التي يمكن الوقاية منها بسهولة، وبالتالي تضمن أن لا تموت سكانها عادة من مثل هذه الأمراض. بيد أن البلدان الأكثر تقدماً تميل لمزيد من المعاناة من الأمراض غير المعدية التي تهدد شعوبها مثل السكري والسمنة وقلة النشاط البدني.

الشكل 5.4 يعرض أسباب الوفاة عبر مجموعات البلدان في عام 2000 وعام 2012. وفقاً لأحدث التقديرات، الأمراض غير المعدية هي السبب الرئيسي للوفاة في العالم. بحلول عام 2012، يمكن أن يعزى 65.2 في المائة من مجموع الوفيات في العالم إلى الأمراض غير المعدية. في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي، فإن 49.8 في المائة من مجموع الوفيات نجمت عن الأمراض غير المعدية في عام 2000 و 55.3 في المائة في عام 2012. انخفضت نسبة الوفيات

بالأمراض المعدية من 40.7 في المائة في عام 2000 إلى 33.7 في المائة في عام 2012؛ بفضل جهود دول منظمة التعاون الإسلامي لمواجهة الأمراض المعدية بالتعاون مع المؤسسات الدولية ذات الصلة. حصة الوفيات الناجمة عن الإصابة شهدت ارتفاعاً طفيفاً من 9.4 في المائة في عام 2000 إلى 10.9 في المائة في عام 2012 في دول منظمة التعاون الإسلامي. عموماً، يصبح من الواضح أن الأمراض غير المعدية تشكل بصورة متزايدة تحدياً بالنسبة لصحة الناس الذين يعيشون في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. بينما يتم تنفيذ سياسات لمكافحة الأمراض المعدية، فبالنظر إلى صناعات السياسات في حوجة الى دفع الإهتمام الخاص إلى الزيادة في انتشار الوفيات الناجمة عن الأمراض غير المعدية (الشكل 5.4). في البلدان المتقدمة، في عام 2012، تسببت الأمراض غير المعدية في 88.6 في المائة من مجموع الوفيات بالمقارنة مع 62.8 في المائة في البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي. من ناحية أخرى، في عام 2012، تسببت الأمراض المعدية في نسبة 5.9 في المائة فقط من مجموع الوفيات وكانت الإصابات السبب الرئيسي وراء 5.5 في المائة من مجموع الوفيات في البلدان المتقدمة. مع ذلك، في البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي أدت الأمراض المعدية إلى فقد العديد من الأرواح بنسبة 27.5 في المائة من مجموع الوفيات في عام 2012. بالمقارنة مع متوسط دول منظمة التعاون الإسلامي (33.7 في المائة)، كانت الأمراض المعدية أقل تأثيراً في البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي كسبب رئيسي لعدد الوفيات. في كل من البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي وبلدان منظمة التعاون الإسلامي، كانت الإصابات مسؤولة عن 10 إلى 11 في المائة من مجموع الوفيات في عام 2012.

الشكل 5.4: أسباب الوفاة (في المائة من مجموع الوفيات)

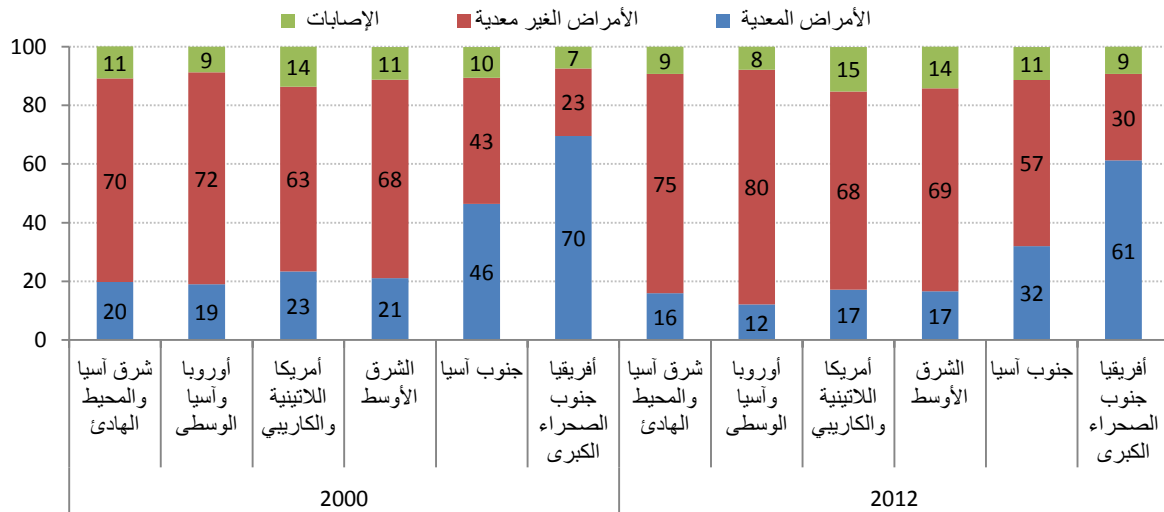


المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى البنك الدولي، مؤشرات التنمية في العالم

وعلى مستوى المجموعات الإقليمية في منظمة التعاون الإسلامي فإن منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (SSA) تعاني أكثر من غيرها من الأمراض المعدية وحالات الأمومة، وظروف التغذية قبل الولادة حيث تسببت 61 في المائة من جميع الوفيات الناجمة عن هذه الأمراض في عام 2012. بالمقارنة مع عام 2000، تمكنت بلدان أفريقيا جنوب الصحراء من الحد من هذا المعدل من 69.6 في المائة إلى 61 في المائة، وهو تطور إيجابي. منطقة جنوب آسيا لديها

ثاني أعلى معدل بين المناطق الفرعية لمنظمة التعاون الإسلامي من حيث عدد الوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية حيث 32 في المائة من الناس يموتون من هذه الأمراض اعتباراً من عام 2012 (الشكل 6.4). على مستوى كل بلد على حدة، قد تسببت الأمراض المعدية ففي 72.1 في المائة من مجموع الوفيات في تشاد. ويجعل هذا تشاد البلد رقم واحد في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي من حيث وجود أعلى نسبة من الوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية. من ناحية أخرى، تدفع منطقة أوروبا وآسيا الوسطى (ECA) أعلى فاتورة من حيث عدد الوفيات الناجمة عن الأمراض غير المعدية حيث، في المتوسط، تسببت في 80.1 في المائة من مجموع الوفيات الناجمة عن هذه الأمراض (الشكل 6.4). تتبع منطقة أوروبا وآسيا الوسطى منطقة شرق آسيا والمحيط الهادئ (EAP) حيث 74.8 في المائة من الناس يموتون من الأمراض غير المعدية. قد تسببت الأمراض غير المعدية في حوالي 89.5 في المائة من مجموع الوفيات في ألبانيا، التي هي أعلى نسبة بين دول منظمة التعاون الإسلامي. الإصابات تؤدي بحياة الناس في معظم المناطق في أمريكا اللاتينية والكاريبي والشرق الأوسط حيث تسببت في 15.2 في المائة و 14.1 في المائة من مجموع الوفيات الناجمة عن الإصابات في عام 2012، على التوالي (الشكل 6.4).

الشكل 6.4: أسباب الوفاة في مناطق منظمة التعاون الإسلامي (في المائة من مجموع الوفيات)



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى البنك الدولي، مؤشرات التنمية في العالم

4.4 الأمراض المعدية

الأمراض المعدية تنشأ عن طريق الأحياء الدقيقة الممرضة مثل البكتيريا والفيروسات والطفيليات أو الفطريات. يمكن أن تنتشر الأمراض، بشكل مباشر أو غير مباشر، من شخص إلى آخر. هذا النوع من الأمراض يسمى عادة بالأمراض المعدية ومعظم هذه الأمراض يمكن الوقاية منها. هذا القسم يلقي الضوء على انتشار الأمراض المعدية في دول منظمة التعاون الإسلامي.

1.4.4 فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز

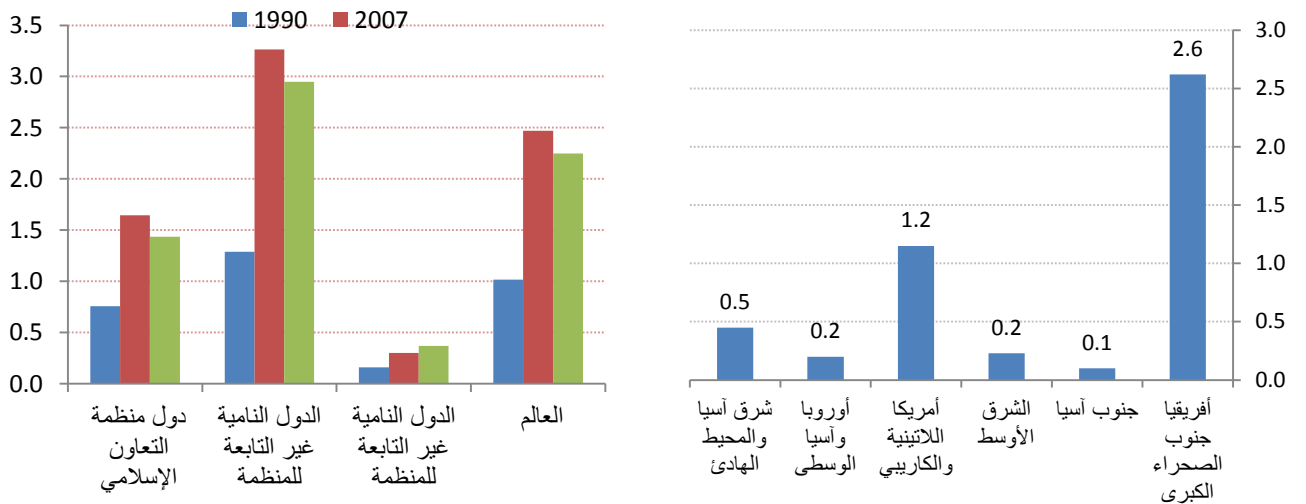
فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) يستهدف جهاز المناعة، ويضعف أنظمة المراقبة والدفاع ضد الالتهابات وبعض أنواع السرطان. كما يدمر الفيروس ويضعف وظيفة الخلايا المناعية، فيصيب الأفراد المصابين بالعوز المناعي

تدريجياً. تكتسب المرحلة الأكثر تقدماً من الإصابة بفيروس نقص المناعة متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، والتي يمكن أن تأخذ 2-15 سنوات للتطور وهذا يتوقف على الفرد. يعرف مرض الإيدز عن طريق تطور بعض أنواع السرطان، التهابات، أو غيرها من المظاهر السريرية الحادة.

منذ بداية انتشار الوباء، قد أصيب ما يقرب من 78 مليون شخص بفيروس نقص المناعة البشرية ومات نحو 39 مليون شخص من فيروس نقص المناعة البشرية. ظلت أفريقيا جنوب الصحراء المنطقة الأكثر تضرراً، مع ما يقرب من 1 في كل 20 بالغين مصاب بفيروس نقص المناعة البشرية وما يقرب من 71 في المائة من الأشخاص حاملين لفيروس نقص المناعة البشرية في جميع أنحاء العالم. يمكن أن ينتقل فيروس نقص المناعة البشرية عن طريق تبادل مجموعة متنوعة من سوائل الجسم من المصابين، مثل الدم، حليب الثدي، السائل المنوي والإفرازات المهبلية. من أجل تشخيص المرض مطلوب اختبار فيروس نقص المناعة البشرية الذي يكشف حالة العدوى عن طريق الكشف عن وجود أو عدم وجود الأجسام المضادة لفيروس نقص المناعة البشرية في الدم.

وفقاً لشكل 7.4 (إلى اليسار)، ازداد انتشار فيروس نقص المناعة البشرية عبر مجموعات البلدان بين عامي 1990 و 2007. بين عامي 2007 و 2013، لوحظ وجود انخفاض في جميع أنحاء العالم في انتشار حالات الإصابة بالفيروس وذلك بفضل الحملات الدولية والوطنية. بحلول عام 2013، قد تم قياس المتوسط في جميع أنحاء العالم لمعدل الانتشار حيث كان بنسبة 2.25 في المائة. في البلدان المتقدمة، تم حساب هذا المعدل ليقدربنحو 0.37 في المائة فقط في العام نفسه. لوحظ أن أعلى معدل في البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي بمتوسط معدل 2.94 في المائة. دول منظمة التعاون الإسلامي، في المتوسط، تعاني بصورة أقل من فيروس نقص المناعة البشرية مقارنة مع البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي والمتوسط العالمي. تم تشخيص 1.44 في المائة فقط من مجموع السكان في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي بفيروس نقص المناعة البشرية في عام 2013. إزداد عدد الوفيات الناجمة عن الإيدز إنخفاضاً من 14210 في 2007 حتي 13836 في عام 2003 (الشكل 8.4، يسار).

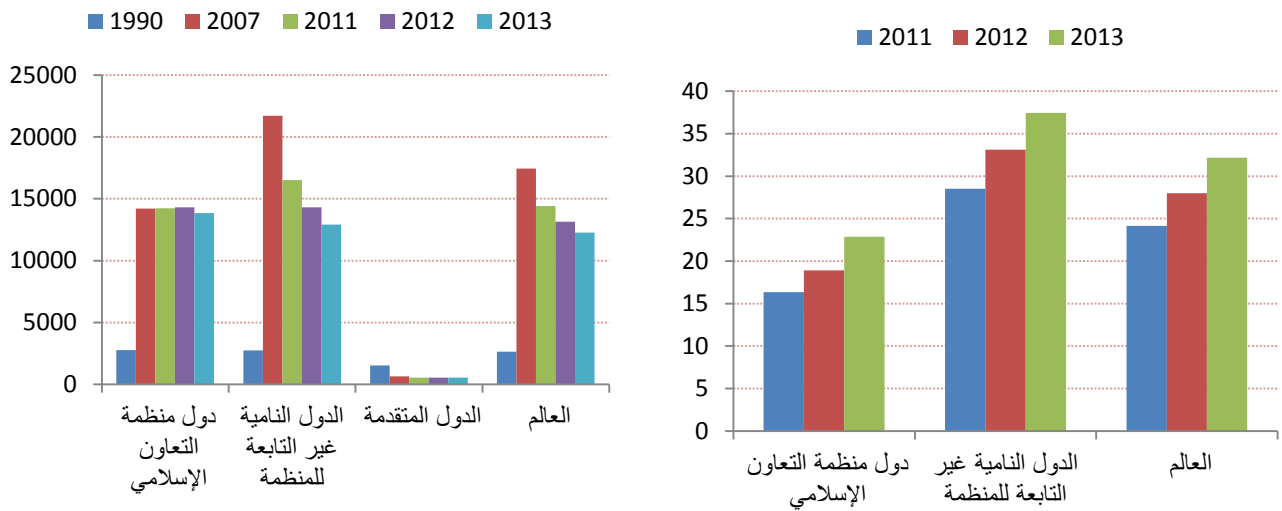
الشكل 7.4 : انتشار فيروس نقص المناعة البشرية (في المائة بين السكان الذين تتراوح أعمارهم 15-49) في العالم (يسار) في مناطق في منظمة التعاون الإسلامي (يمين)



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى البنك الدولي، الصحة التغذوية والإحصاءات السكانية

عبر مناطق منظمة التعاون الإسلامي، ظلت مناطق أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى تعاني أكثر من غيرها من فيروس نقص المناعة البشرية حيث تم قياس معدل انتشار عند 2.6 في المائة في 2013؛ وهو معدل تجاوز المتوسط العالمي البالغ 2.25 في المائة. من بين المناطق الفرعية لمنظمة التعاون الإسلامي، سجلت أدنى حالات لفيروس نقص المناعة البشرية في جنوب آسيا حيث تم تشخيص 0.1 في المائة فقط من جميع السكان بفيروس نقص المناعة البشرية (الشكل 7.4، يمين). تغطية العلاج المضاد للفيروسات الرجعية ظل أحد أكثر الطرق الفعالة للوقاية من الإيدز والعلاج. وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، العقاقير المضادة للفيروسات تسمح للناس المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية بالعيش لسنوات عديدة قبل ظهور أعراض الإيدز. نسبة تغطية العلاج بالمضادات للفيروسات الرجعية في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي، في المتوسط، ارتفعت من 16.3 في المائة في عام 2011 إلى 22.8 في المائة في عام 2013. مع ذلك، فإن هذا المعدل لا يزال متخلفاً عن المتوسط العالمي البالغ 32.2 في المائة بحلول عام 2013 (الشكل 8.4، يمين).

الشكل 8.4 : الوفيات المتعلقة بالإيدز (يسار) وتغطية العلاج المضاد للفيروسات الرجعية (يمين)



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى البنك الدولي، الصحة التغذوية والإحصاءات السكانية

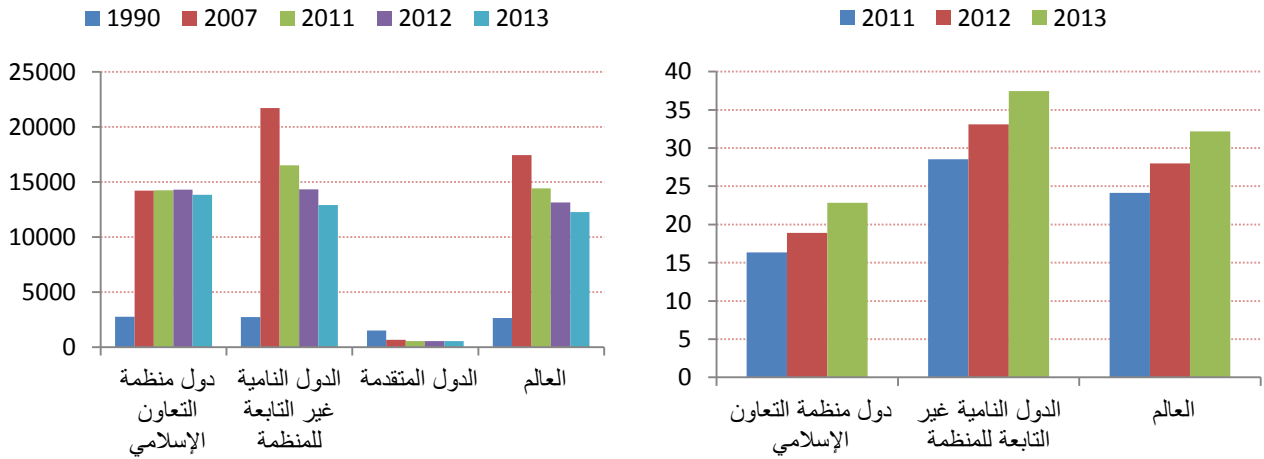
2.4.4 الإسهال

يتم تعريف الإسهال بأنه البراز الرخو أو السائل لأكثر من ثلاث مرات يومياً (أو البراز بصورة أكثر تواتراً مما هو طبيعي بالنسبة للفرد). هذا هو السبب الرئيسي الثاني للوفاة في الأطفال دون سن الخامسة في جميع أنحاء العالم. كل عام الإسهال يقتل حوالي 760000 طفل دون سن الخامسة. على الصعيد العالمي، هناك ما يقرب من 1.7 مليار من حالات أمراض الإسهال كل عام. الإسهال هو أيضاً السبب الرئيسي لسوء التغذية بين الأطفال دون سن الخامسة من العمر.

يمكن منع نسبة كبيرة من الإسهال عن طريق مياه الشرب المأمونة ومرافق الصرف الصحي الملائمة والنظافة. دول منظمة التعاون الإسلامي، في المتوسط شهدت زيادة في مرافق الصرف الصحي ومصادر المياه مقارنة مع تسعينيات

القرن الماضي. اعتباراً من عام 2015، في المتوسط، 66.9 في المائة من السكان في بلدان منظمة التعاون الإسلامي يمكنهم الوصول إلى مرافق الصرف الصحي المحسنة و 85.8 في المائة من السكان يحصلون على مصادر مياه محسنة (الشكل 4.9). في كل المؤشرات، فإن مجموعة منظمة التعاون الإسلامي، في المتوسط، تخلفت عن متوسطات مجموعات البلدان الأخرى. هذه الأرقام تشير إلى أن الوصول إلى المرافق الصحية ومصادر المياه لا تزال مشكلة رئيسية في عدد من دول منظمة التعاون الإسلامي، وبخاصة في منطقتي أفريقيا جنوب الصحراء وجنوب آسيا. هذان العاملان هما السببان الرئيسيان لحالات الإسهال وهما المسئولان عن العديد من الوفيات. لذلك، ينبغي لبلدان منظمة التعاون الإسلامي الإستثمار أكثر في البنية التحتية للحد من عدد الوفيات الناجمة عن الإسهال الذي يعتبر مرضاً معدياً يمكن الوقاية منه.

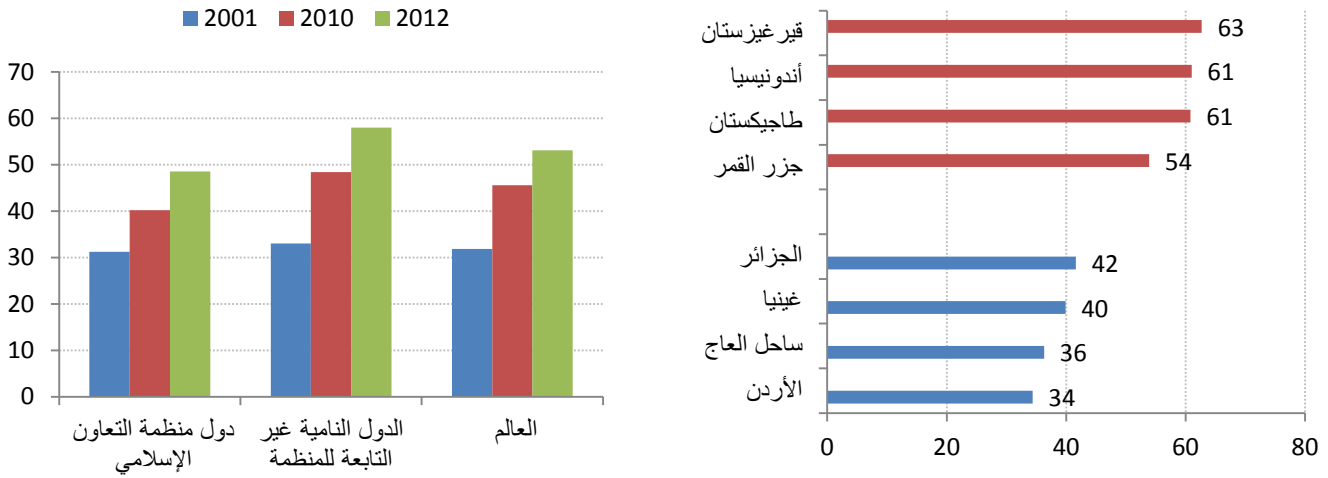
الشكل 9.4 : الوصول إلى مرافق الصرف الصحي المحسنة (يسار) ومصادر المياه (اليمن)، في المائة من السكان



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة على أساس برنامج الرصد / اليونيسيف المشتركة مع البنك الدولي، مؤشرات التنمية العالمية

في علاج الإسهال الإماهة الفموية والتغذية المستمرة فعال جداً. وفقاً للشكل 10.4، كان متوسط أداء دول منظمة التعاون الإسلامي في إرتفاع في تغطية هذا الأسلوب العلاجي. اعتباراً من عام 2012، 48.6 في المائة من الأطفال دون سن 5 يتلقون الإماهة الفموية والتغذية المتواصلة في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي حيث كان المتوسط العالمي 53.1 في المائة. ظلت قيرغيزستان أفضل بلد أداءاً في هذه الفئة بين دول منظمة التعاون الإسلامي حيث نسبة 62.7 في المائة من جميع الأطفال يمكنهم تلقي الإماهة الفموية والتغذية المتواصلة. على الجانب الآخر، في الأردن نجد أن نسبة 34.4 في المائة فقط من جميع الأطفال يمكنهم الحصول على هذا العلاج اعتباراً من عام 2012.

الشكل 10.4 : علاج الإسهال (في المائة من الأطفال دون سن 5 الذين يتلقون الإمالة الفموية والتغذية

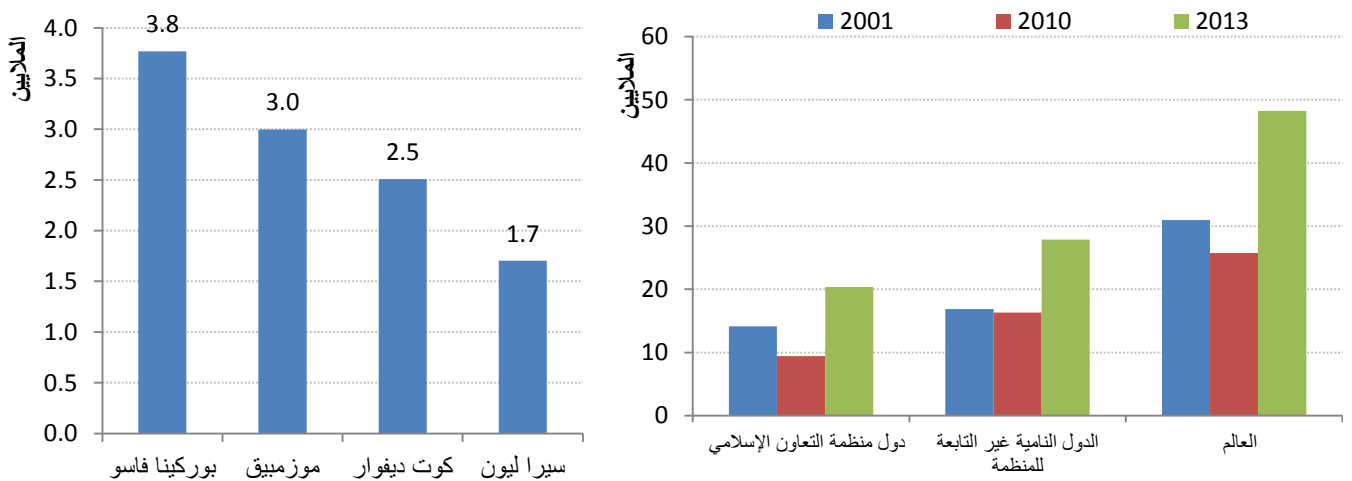


المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استنادا إلى البنك الدولي، الصحة التغذوية والإحصاءات السكانية

3.4.4 الملاريا

الملاريا هي مرض مهدد للحياة التي تسببه الطفيليات التي تنتقل إلى البشر من خلال لدغات البعوض الحامل لها. في عام 2013، تسببت الملاريا في ما يقدر من 584000 حالة وفاة معظمها من الأطفال الأفارقة. الملاريا مرض يمكن الوقاية والشفاء منه. تدابير زيادة الوقاية من الملاريا ومكافحتها قلل بشكل كبير من عبء الملاريا في كثير من الأماكن. الحالات الإجمالية للملاريا المبلغ عنها في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي ارتفعت من نحو 14.1 مليون في 2001 – إلى 20,4 مليون في عام 2013 (الشكل 11.4، يسار). حالات الملاريا المسجلة في جميع أنحاء العالم وصلت إلى أكثر من 48 مليون في عام 2013. كانت بوركينا فاسو الدولة الرائدة من حيث حالات الملاريا المبلغ عنها بين الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي بمتوسط 3.7 مليون حالة في عام 2013 (الشكل 11.4، يمين).

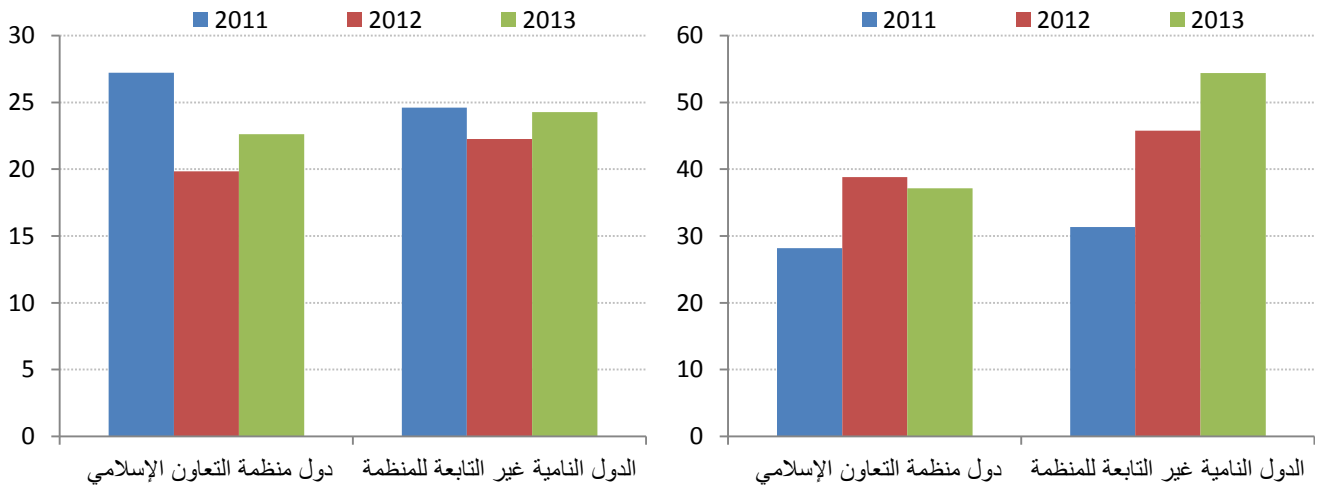
الشكل 11.4 : حالات الملاريا المبلغ عنها في العالم (يسار) ودول منظمة التعاون الإسلامي مع أعلى حالات الملاريا المبلغ عنها في عام 2013 (يمين)



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استنادا إلى البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية

تشمل مجالات التركيز المعنية بمكافحة الملاريا المعلومات الصحية العامة، العلوم والبحوث، الوقاية، إدارة الحالة، وتنظيم الاختبارات التشخيصية واللقاحات. على وجه الخصوص، الأدوية المضادة للملاريا، واستخدام الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات تكون فعالة جداً في مكافحة الملاريا بين الأطفال. في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي، 22.6 في المائة من الأطفال المصابين بالحمى تلقى الأدوية المضادة للملاريا حيث كان المتوسط للبلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي 24.3 في المائة في عام 2013 (الشكل 12.4، يسار). في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي، 37.1 في المائة من الأطفال يمكنهم النوم تحت الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات حيث كان المتوسط للبلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي 54.4 في المائة في عام 2013 (الشكل 12.4، يمين). هذه الأرقام تعني أن دول منظمة التعاون الإسلامي في حاجة لإظهار المزيد من الجهود لمحاربة الملاريا. كل من الأهداف الإنمائية الألفية والأهداف الإنمائية المستدامة تشير إلى الملاريا وتضع أهدافاً للبلدان لمكافحة الملاريا في جميع أنحاء العالم. إستراتيجية تفعيل البرنامج الصحي لمنظمة التعاون الإسلامي 2014 - 2023 يقدم أيضاً خارطة طريق لدول منظمة التعاون الإسلامي لمكافحة الملاريا في إطار المنطقة المواضيعية 2.

الشكل 12.4 : الأطفال تحت 5 الذين يعانون من حمى ويتلقون الأدوية المضادة للملاريا (في المائة، يسار) واستخدام الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات (يمين)



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية

4.4.4 الالتهاب الرئوي

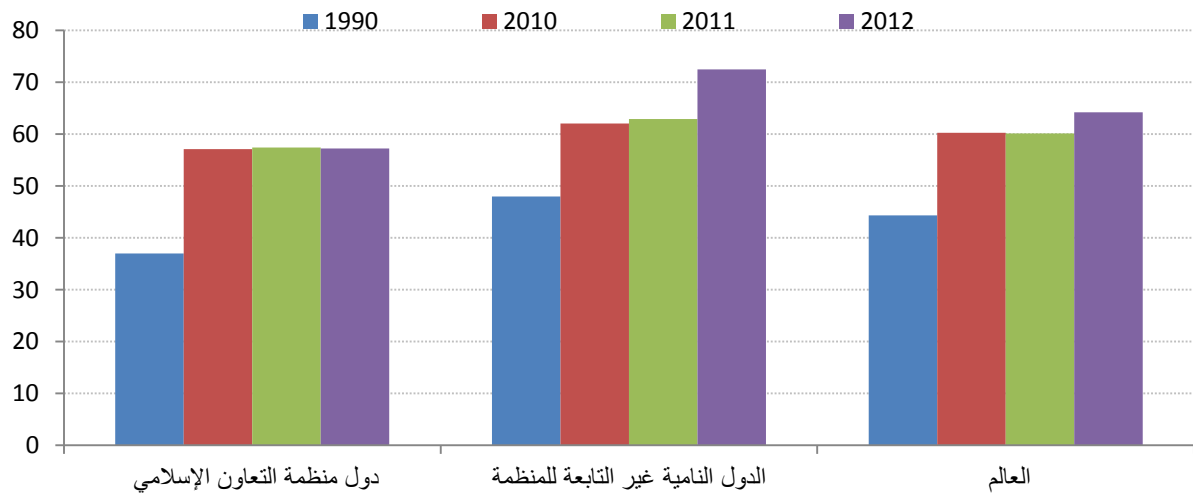
الالتهاب الرئوي هو شكل من أشكال العدوى التنفسية الحادة التي تصيب الرئتين. الرئتين تتكون من حويصلات صغيرة تسمى الحويصلات الهوائية، التي تملأ بالهواء عندما يتنفس الشخص السليم. عند الفرد المصاب بالالتهاب الرئوي، تمتلئ الحويصلات الهوائية بالقيح والسوائل، مما يجعل التنفس مؤلماً ويحد من كمية الأكسجين.

الالتهاب الرئوي هو واحد أكبر الأسباب المعدية في وفاة الأطفال في جميع أنحاء العالم حيث قتل ما يقدر بنحو 935000 طفل دون سن الخامسة في عام 2013، وهو ما يمثل 15 في المائة من جميع وفيات الأطفال دون 5 سنوات من العمر. الالتهاب الرئوي يصيب الأطفال والأسر في كل مكان، ولكن نجده أكثر انتشاراً في جنوب آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى.

الالتهاب الرئوي يمكن الوقاية منه عن طريق التطعيم والتغذية الكافية، ومعالجة العوامل البيئية. الأطفال يمكن أن تكونوا محميين من الالتهاب الرئوي. يمكن تجنبه عن طريق تدخلات بسيطة، ويمكن علاجه بالأدوية والتكنولوجيا منخفضة التكلفة والرعاية.

يستخدم علاج عدوى الجهاز التنفسي الحاد (ARI) لمكافحة الإلتهاب الرئوي. فإنه يساعد على تحسين جودة التنفس وبمرور الوقت يقضي على الالتهاب الرئوي. وفقاً للشكل 13.4، ومقارنة مع تسعينيات القرن الماضي، هناك تحسن كبير في سعر علاج التهابات الجهاز التنفسي الحادة (ARI) في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي حيث شهد المتوسط ارتفاعاً من 37 في المائة في عام 1990 إلى 57.2 في المائة في عام 2012. يلاحظ وجود اتجاه إيجابي مماثل في البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي حيث بلغ متوسط معدل علاج التهابات الجهاز التنفسي الحادة 72.4 في المائة بحلول عام 2012. ولهذه الغاية، تحتاج بلدان منظمة التعاون الإسلامي إلى تكثيف جهودها لزيادة معدل التغطية العلاجية لإلتهابات الجهاز التنفسي الحادة في دول منظمة التعاون الإسلامي وخاصة الواقعة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى التي تعاني من الالتهاب الرئوي ومشاكل التنفس ذات الصلة.

الشكل 13.4 : العلاج ضد عدوى الجهاز التنفسي الحاد (ARI) (في المائة من الأطفال دون سن 5 الذين يتلقون الخدمة الصحية)



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى البنك الدولي، مؤشرات التنمية في العالم

5.4.4 السل

السل (TB) هو مرض بكتيري معد تسببه بكتيريا السل التي تصيب غالباً الرئتين. ينتقل المرض من شخص لآخر عن طريق الرذاذ المتطاير من الحلق والرئتين من الأشخاص الذين تكون أمراض الجهاز التنفسي لديهم في وضع نشط. أعراض السل النشط في الرئة هي السعال، أحياناً مع البلغم أو الدم، آلام في الصدر، الضعف، فقدان الوزن والحى والتعرق الليلي.

السل (TB) هو ثاني أكبر قاتل بعد فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز في جميع أنحاء العالم بسبب العامل المعدي الواحد. في عام 2013، 9 ملايين شخص أصيب بالسل وتوفي 1.5 مليون من المرض. تحدث أكثر من 95 في المائة من

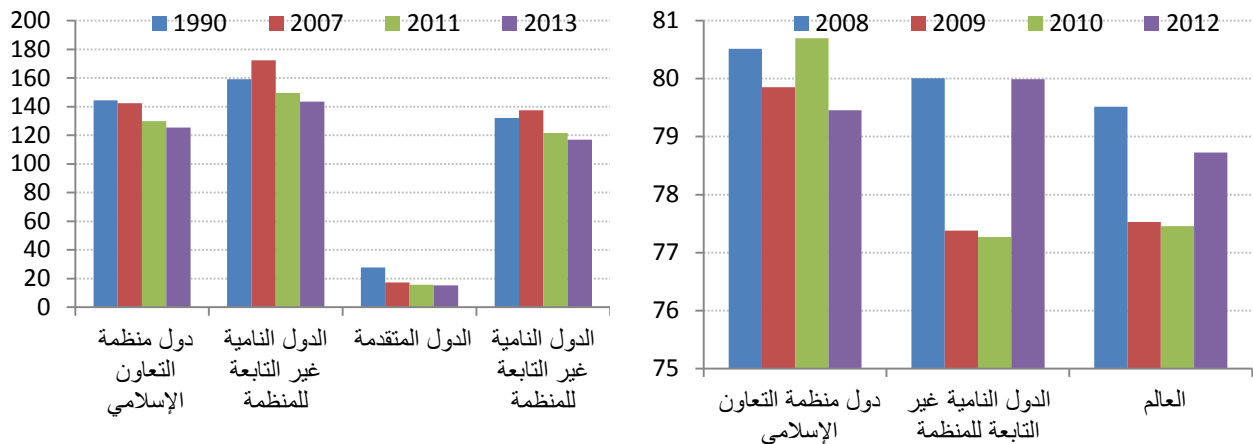
وفيات السل في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. في عام 2013، أصبح ما يقدر بنحو 550000 من الأطفال مصابين بالسل.

السل وعلاجه مع دورة لمدة ستة أشهر من المضادات الحيوية. فهو واحد من الأمراض المعدية المحددة المذكورة في الأهداف الإنمائية للألفية (MDG 6). عدد الناس الذين يسقطون فريسة للمرض كل عام أخذ في الانخفاض، على الرغم من أن ذلك يحدث ببطء شديد. معدل وفيات السل انخفض بنسبة 45 في المائة بين عامي 1990 و 2013. تم الحفاظ على حياة ما يقدر بنحو 37 مليون شخص من خلال تشخيص السل وعلاجه بين عامي 2000 و 2013.

الإصابة في جميع أنحاء العالم بالسل والوفيات الناجمة عن السل في انخفاض كما هو موضح في الشكل 14.4. كما تتبع بلدان منظمة التعاون الإسلامي اتجاهها سلبياً مماثلاً حيث شهدت الإصابة بمرض السل انخفاضاً من 144.3 (لكل 100,000 نسمة) في عام 1990- إلى 125,5 في عام 2013 (الشكل 14.4، يسار). انخفض معدل الوفيات (الناجمة عن السل) أيضاً من 33 في عام 1990 حتي 18,8 في عام 2013 لمجموعة منظمة التعاون الإسلامي حيث كان المتوسط العالمي 13.2 اعتباراً من عام 2013. في البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي، في المتوسط، توفي حوالي 14.2 (لكل 100,000 نسمة) من السل في عام 2013 (الشكل 14.4، يمين). هذا يعني أن مجموعة منظمة التعاون الإسلامي ما زالت تعاني أكثر من السل TB مقارنة مع المتوسط العالمي ومتوسط البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي. بصرف النظر عن جهود الوقاية، فإن نسبة النجاح العالية في علاج السل أحد الأسباب وراء انخفاض عدد الوفيات الناجمة عن السل. اعتباراً من عام 2012، تم قياس معدل النجاح بنحو 79.5 في المائة في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي وإلى 80 في المائة في مجموعة البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي (الشكل 15.4). في هذا الصدد، لا يبدو أن مجموعة منظمة التعاون الإسلامي لديها مشكلة، حول نسبة نجاح علاج السل ولكن حول نسبة التغطية. لذا، يتعين على البلدان الأعضاء بمنظمة التعاون الإسلامي تكثيف جهودها في مكافحة السل عن طريق زيادة نسبة التغطية لعلاج السل.

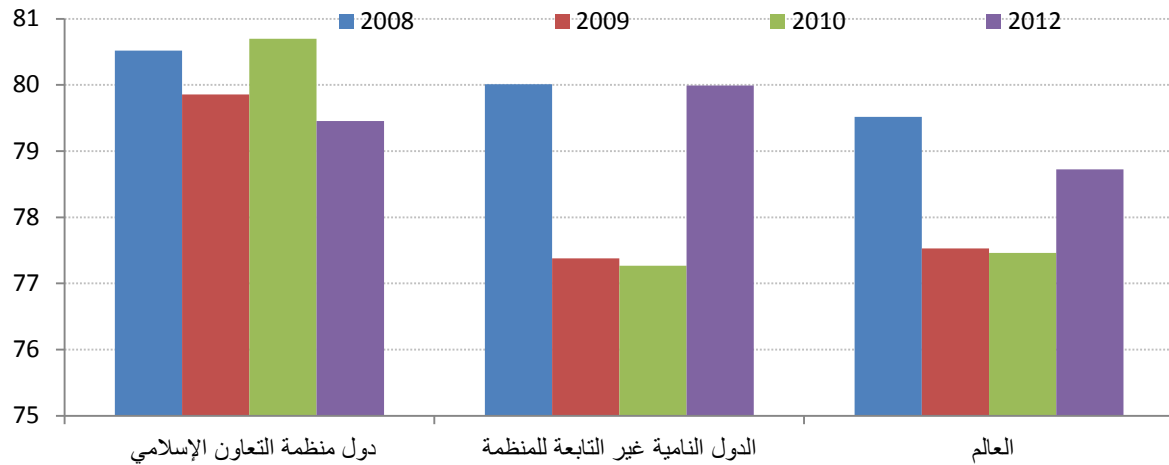
الشكل 14.4: الإصابة بمرض السل (لكل 100,000 نسمة) (يسار) ومعدل الوفيات الناجمة عن السل

(لكل 100,000 نسمة) (يمين)



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية

الشكل 15.4: نسبة النجاح علاج السل (في المائة من الحالات الجديدة)



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية

6.4.4 شلل الأطفال

شلل الأطفال هو مرض شديد العدوى يسببه فيروس. يغزو الجهاز العصبي، ويمكن أن يسبب الشلل التام في غضون ساعات. ينتقل الفيروس من شخص إلى شخص آخر ينتشر بشكل رئيسي من خلال - البراز أو عن طريق الفم، وبصورة قليلة في كثير من الأحيان، عن طريق وسيلة مشتركة (مثل المياه والطعام الملوثة) ويتكاثر في الأمعاء. الأعراض الأولية هي الحمى والتعب والصداع والتقيؤ، تصلب في الرقبة وآلام في الأطراف. واحد من 200 حالة عدوى تؤدي إلى شلل لا يمكن الشفاء منه (عادة في الساقين). شلل الأطفال يصيب أساساً الأطفال دون 5 سنوات من العمر. لا يوجد علاج لشلل الأطفال، لا يمكن إلا أن يتم منعه. جرعتين من اللقاح تعد بإمكانية القضاء عليه. انخفضت حالات شلل الأطفال بنسبة أكثر من 99 في المائة منذ عام 1988، من نحو 350000 حالة سجلت آنذاك، إلى 416 حالة في عام 2013. الإنخفاض هو نتيجة للجهود العالمية للقضاء على المرض.

في عام 2015، لا تزال دولتين فقط (أفغانستان وباكستان) تعانيان من إستيطان مرض شلل الأطفال ، بانخفاض لأكثر من 125 بلدا في عام 1988. بعبارة أخرى، في جميع أنحاء العالم فإن البلدين التابعتين لمنظمة التعاون الإسلامي لا تزالان تكافحان ضد شلل الأطفال، على الرغم من وجود جهود وطنية ودولية. مع زيادة التعاون فيما بين بلدان منظمة التعاون الإسلامي جنباً إلى جنب مع المؤسسات الوطنية والدولية، سيتم القضاء على شلل الأطفال تماماً في هاتين الدولتين في منظمة التعاون الإسلامي في المستقبل القريب.

5.4 الأمراض غير المعدية

الأمراض غير المعدية المزمنة هي السبب الأول للوفاة والعجز في العالم. يشير مصطلح الأمراض غير المعدية لمجموعة من الشروط التي لا تنتج أساساً عن طريق العدوى الحادة، وتؤدي إلى عواقب صحية على المدى الطويل، وغالباً ما تؤدي إلى ظهور الحاجة لعلاج طويل الأمد والرعاية. تشمل هذه الشروط من بين أخرى رئيسية السرطان، أمراض

القلب والأوعية الدموية، السكري وأمراض الرئة المزمنة. العديد من الأمراض المزمنة يمكن الوقاية منها عن طريق الحد من عوامل الخطر الشائعة مثل تعاطي التبغ والكحول وقلة النشاط البدني وتناول الوجبات الغذائية غير الصحية.

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، الأمراض غير المعدية تقتل 38 مليون شخص سنوياً، وحوالي 28 مليون من هذه الوفيات تحدث في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. تشكل أمراض القلب والأوعية الدموية أكثر الوفيات الناجمة عن الأمراض غير المعدية، أو 17.5 مليون شخص سنوياً، تليها أمراض السرطان (8.2 مليون)، أمراض الجهاز التنفسي (4 مليون)، مرض السكري (1.5 مليون). هذه المجموعات الأربع من الأمراض تمثل 82 في المائة من جميع الوفيات الناجمة عن الأمراض غير المعدية.

الأمراض غير المعدية لها عواقب اجتماعية واقتصادية كبيرة. يجري تخصيص ملايين الدولارات لعلاج أمراض القلب والشرابين والسرطان والسكري والأمراض التنفسية المزمنة، التي تقوض استدامة ميزانيات الرعاية الصحية الوطنية. وفقاً لتقديرات منظمة الصحة العالمية، يتم دفع ما يقرب من 100 مليون شخص في براثن الفقر كل عام لأنه يتوجب عليهم الدفع من جيوبهم لقاء الخدمات الصحية. هذا يدل على أن هناك علاقة قوية بين الأمراض غير المعدية والفقر. في البلدان النامية سقط الكثير من الفقراء في حلقة الخطر المفرغة حيث الفقر والأمراض غير المعدية باستمرار يعزز كل منهما الآخر. قدرة الأسر الفقيرة لمكافحة الأمراض غير المعدية في إنخفاض بينما يزدحون أكثر في براثن الفقر ويتركون بلا مال حتى لتلبية الاحتياجات الأساسية. وفي هذا السياق، سياسات مكافحة الأمراض غير المعدية تحتاج لتشمل ثلاثة عناصر هي: علاج الأمراض، الحد من عوامل الخطر التي تؤدي إلى الأمراض غير المعدية (أي المنع)، ومعالجة الآثار الاجتماعية والاقتصادية للأمراض غير المعدية على الناس. الأمم المتحدة وغيرها من المنظمات الدولية تولي اهتماماً خاصاً للأمراض غير المعدية التي تؤثر على الملايين من الناس في جميع أنحاء العالم. أهداف التنمية المستدامة (SDGs) حددت هدفاً لخفض الوفيات المبكرة إلى الثلث عن طريق الوقاية والعلاج من الأمراض غير المعدية بحلول عام 2030.

1.5.4 أمراض القلب والأوعية الدموية

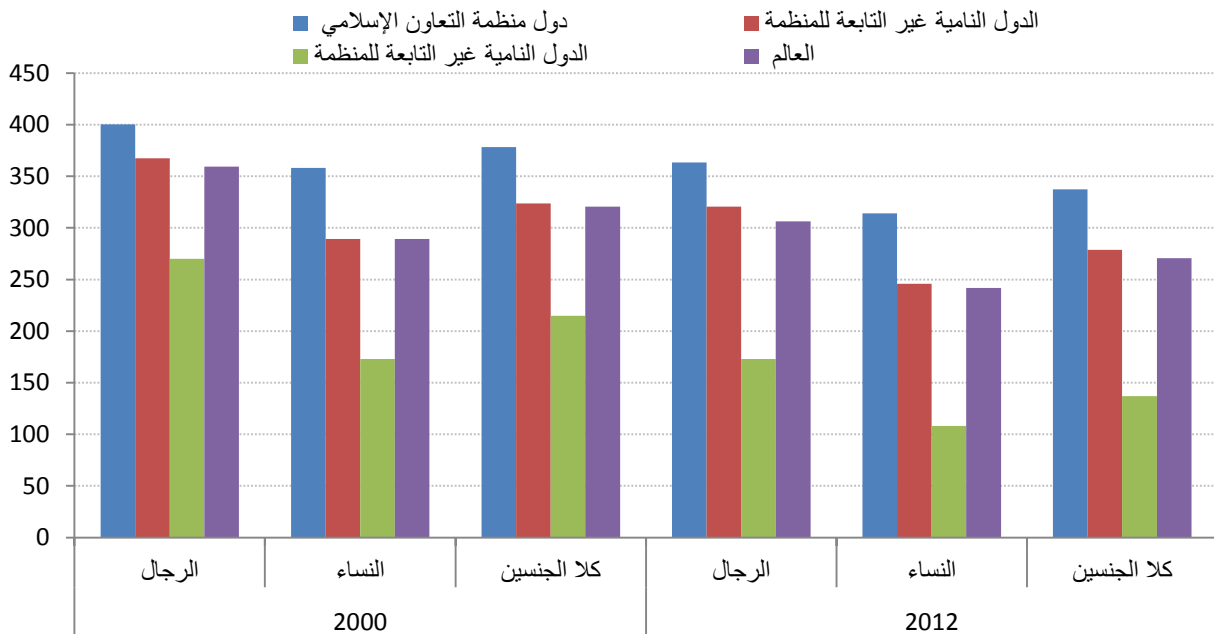
تسبب أمراض القلب والأوعية الدموية من خلال اضطرابات في القلب والأوعية الدموية، وتشمل أمراض القلب التاجية (النوبات القلبية)، أمراض الأوعية الدماغية (السكتة الدماغية)، ارتفاع ضغط الدم (ضغط الدم)، ومرض الشريان المحيطي وأمراض القلب الروماتيزمية وأمراض القلب الخلقية. الأسباب الرئيسية للأمراض القلب والأوعية الدموية هي تعاطي التبغ، قلة النشاط البدني، النظام الغذائي غير الصحي وتعاطي الكحول. العوامل الوراثية والبيئية لها بعض الآثار على أمراض القلب والشرابين كذلك.

الأمراض القلبية الوعائية هي السبب الأول للوفاة على مستوى العالم. بعبارة أخرى، فإن المزيد من الناس يموتون سنوياً من الأمراض القلبية الوعائية أكثر من أي سبب آخر. وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، توفي ما يقدر بنحو 17.5 مليون شخص من الأمراض القلبية الوعائية في عام 2012، وهو ما يمثل 31 في المائة من مجموع الوفيات العالمية.

من هذه الوفيات، كان ما يقدر بنحو 7.4 مليون بسبب مرض القلب التاجي وكانت 6.7 مليون بسبب السكتة الدماغية. وفقاً للشكل 16.4، فقد شهدت نسبة الوفيات بسبب الأمراض القلبية الوعائية هبوطاً بين 2000 و 2012 في جميع أنحاء العالم. في بلدان منظمة التعاون الإسلامي في حين كان معدل وفيات 378 في عام 2000، إنخفض المعدل ليصل إلى 337 (للجنسين) في عام 2012. البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي تتبع أيضاً اتجاهًا سلبياً حيث انخفض متوسط معدل الوفيات من 367- إلى 278 (للجنسين) في نفس الفترة. بين كل مجموعات البلدان، كان معدل الوفيات أعلى في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي (كلا الجنسين) اعتباراً من عام 2012. الشكل 16.4 يشير أيضاً إلى أن الذكور يعانون أكثر من الأمراض القلبية الوعائية مقارنة مع الإناث في جميع مجموعات البلدان. لذلك، ينبغي للسياسات التي تعالج أمراض القلب والأوعية الدموية أن لا تهمل هذه الحقيقة. بحلول عام 2012، فإن معدل الوفيات بين الرجال والناجمة عن الأمراض القلبية الوعائية قدر بنحو 363 في حين كان هذا المعدل 314 للنساء في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي. في البلدان المتقدمة كان هذا المعدل 108 للنساء و 173 للرجال، والتي تبين وجود فجوة واسعة بين مجموعات البلدان من حيث العلاج والإنتشار.

من بين المناطق في منظمة التعاون الإسلامي، سجلت أوروبا وآسيا الوسطى أعلى معدل لوفيات في عام 2012 حيث قدر بنحو 533 (كلا الجنسين). بين دول منظمة التعاون الإسلامي، سجل أدنى معدل للوفيات من أمراض القلب والأوعية الدموية في سورينام (156) وقطر (157) في عام 2012 حيث خسرت تركمانستان بمعدل ، 712 شخصاً (لكل 100,000 نسمة) في نفس العام بسبب أمراض القلب والأوعية الدموية، حيث كان أعلى معدل للوفيات في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي (الشكل 16.4، يمين).

الشكل 16.4 : معدل الوفيات بحسب العمر عن الأمراض القلبية الوعائية (لكل 100 000 من السكان)، و البلدان منظمة التعاون الإسلامي ذات أعلى معدل وفيات في عام 2012 (يمين)



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى بيانات مستودع منظمة الصحة العالمية

معظم أمراض القلب والأوعية الدموية يمكن منعها من خلال معالجة عوامل الخطر السلوكية مثل تعاطي التبغ والنظام الغذائي غير الصحي والسمنة والحمول البدني وتعاطي الكحول على نحو ضار. في هذا الصدد، ينبغي لبلدان منظمة التعاون الإسلامي تكثيف جهودها لمحاربة عوامل الخطر (مثل السمنة وقلة النشاط البدني وغيرها) التي تؤدي إلى أمراض القلب والأوعية الدموية وكذلك تحسين وزيادة نطاق طرق العلاج المحددة المستخدمة في أمراض القلب والأوعية الدموية.

2.5.4 السرطان

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، فالسرطان هو مصطلح عام لمجموعة كبيرة من الأمراض التي يمكن أن تؤثر على أي جزء من الجسم. هنالك تعريفات أخرى مستخدمة هي الأورام والأورام الخبيثة. أحد السمات المميزة لمرض السرطان هي سرعة نمو الخلايا الشاذة التي تنمو خارج حدودها المعروفة، والتي يمكنها بعد أن تغزو الأجزاء المتجاورة في الجسم الإنتشار إلى أعضاء أخرى، هذه العملية الأخيرة تسمى بنقائل الأورام. نقائل الأورام هي السبب الرئيسي للوفاة من السرطان.

السرطانات هي من بين الأسباب الرئيسية للمرض والوفيات في جميع أنحاء العالم، مع حوالي 14 مليون حالة جديدة مصابة بالمرض فالوفيات المرتبطة بالسرطان قدرت بنحو 8.2 مليون في عام 2012. الأسباب الأكثر شيوعاً للوفاة بالسرطان هي سرطان الرئة (1,59 مليون حالة وفاة) والكبد (745,000 حالة وفاة) والمعدة (723,000 حالة وفاة). تشير التقديرات إلى أنه من المتوقع أن يرتفع عدد الحالات الجديدة بنحو 70 في المائة على مدى العقدين القادمين. كانت 5 مواقع هي الأكثر شيوعاً للسرطان بين الرجال تم تشخيصها في عام 2012 وهي الرئة والبروستاتا والقولون والمعدة وسرطان الكبد. بين النساء كانت 5 مواقع هي الأكثر شيوعاً تشخيص سرطان الثدي والقولون والرئة وعنق الرحم، سرطان المعدة.

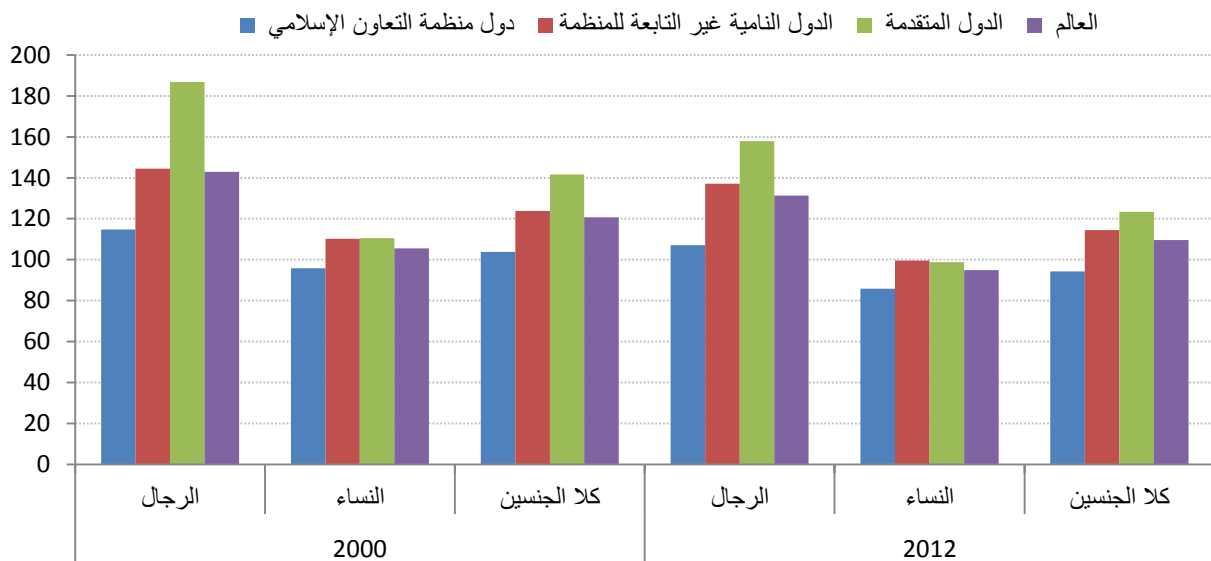
وفقاً للشكل 17.4، فإن معدل الوفيات في جميع أنحاء العالم من قبل السرطان (الأورام الخبيثة) شهد إنخفاضاً طفيفاً بين عامي 2000 و 2012. في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، انخفض من 94-104 حالة وفاة لكلا الجنسين (لكل 100 000 من السكان) خلال هذه الفترة. في البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي، شهد متوسط معدل الوفيات إنخفاضاً 114-123 لكلا الجنسين. سجل المتوسط العالمي بمقدار 109 في عام 2012. تكشف هذه الأرقام أن دول منظمة التعاون الإسلامي، في المتوسط، تؤدي أفضل بالمقارنة مع البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي والعالم في عام 2012. البلدان المتقدمة، كمجموعة، كانت الضحية رقم واحد للسرطان مع معدل الوفيات الذي يقدر بنحو 123 لكل 100 000 نسمة في عام 2012.

من بين المناطق في منظمة التعاون الإسلامي، نجد أن مناطق أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وأوروبا وآسيا الوسطى سجلت أعلى متوسط للوفيات الناجمة عن السرطان في عام 2012. من بين دول منظمة التعاون الإسلامي، كان أدنى معدل وفيات للسرطان في الغابون (54) والنيجر (56) في عام 2012 حيث خسرت كازاخستان في المتوسط 156 شخصاً (لكل 100 000 من السكان) في نفس العام بسبب السرطان حيث كان أعلى معدل وفيات الناجمة عن السرطان سجل ضمن مجموعة منظمة التعاون الإسلامي (الشكل 17.4، يمين). الشكل 17.4 يعرض أيضاً أن الذكور

يعانون أكثر من مرض السرطان مقارنة بعدد السكان الإناث في جميع فئات البلدان، كما رأينا في حالة الأمراض القلبية الوعائية. بلدان منظمة التعاون الإسلامي ليست استثناءً من هذه الحقيقة. بحلول عام 2012، قد تم قياس معدل الوفيات الناجمة عن السرطان بين الرجال بمقدار 107، في حين تم احتساب هذا المعدل بمقدار 86 للنساء في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي.

كل نوع للسرطان يتطلب نظام علاج محدد يشمل واحد أو أكثر من الطرق مثل الجراحة، و/ أو العلاج الإشعاعي، و/ أو العلاج الكيميائي. في هذا الصدد، فإن الاكتشاف المبكر والتشخيص الصحيح ضروري لمعالجة كافية وفعالة. حوالي ثلث وفيات السرطان تعزى إلى خمسة مخاطر سلوكية وغذائية رئيسية: إرتفاع الرقم القياسي لكتلة الجسم، قلة تناول الخضروات والفواكه، قلة النشاط البدني وتعاطي التبغ، وتعاطي الكحول. استخدام التبغ هو أهم عامل خطورة للإصابة بسرطان حيث يسبب حوالي 20 في المائة من وفيات السرطان العالمية ونحو 70 في المائة من وفيات سرطان الرئة العالمية. لذلك، فإن مكافحة عوامل الخطر هذه يحمل أهمية حاسمة بالنسبة لجميع البلدان من أجل الحد من الوفيات الناجمة عن السرطان.

الشكل 17.4: معدل وفيات السرطان بحسب العمر (لكل 100,000 نسمة) وبلدان منظمة التعاون الإسلامي ذات أعلى معدل وفيات في عام 2012 (إلى اليمين)



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

3.5.4 أمراض الجهاز التنفسي (الرئة) المزمنة

أمراض الجهاز التنفسي المزمنة هي أمراض الشعب الهوائية وغيرها من الهياكل في الرئة. بعض من أكثر الأمراض شيوعاً يشمل الربو ومرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD) والحساسية في الجهاز التنفسي. مئات الملايين من الناس يعانون كل يوم من أمراض الجهاز التنفسي المزمنة. وفقاً لأحدث تقديرات منظمة الصحة العالمية، يعاني حوالي 235 مليون شخص من مرض الربو في عام 2013. قتل أكثر من 3 ملايين شخص من مرض الانسداد الرئوي المزمن في عام 2012، أي ما يعادل 6 في المائة من مجموع الوفيات في العالم في ذلك العام.

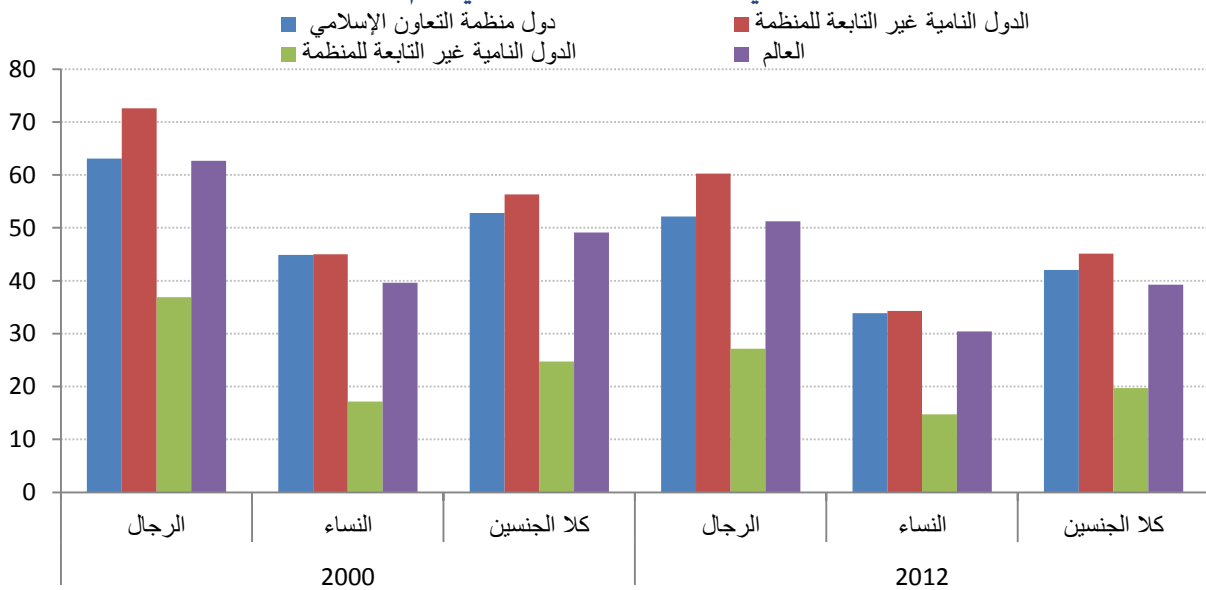
وفقاً للشكل 18.4، فإن معدل الوفيات عن طريق أمراض الجهاز التنفسي في جميع أنحاء العالم انخفض بين عامي 2000 و 2012. المتوسط العالمي انخفض من 49 حالة وفاة إلى 39 (لكل 100,000 نسمة) في هذه الفترة. في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، انخفض متوسط معدل وفيات 42-53 حالة وفاة (كلا الجنسين) وفي البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي إنخفض معدل الوفيات بنسبة 45-56 في هذه الفترة (كلا الجنسين). البلدان المتقدمة النمو، في المتوسط، عانت بصورة أقل من أمراض الجهاز التنفسي بين مجموعات البلدان التي تم تحليلها في كل من عامي 2000 و 2012.

من بين المناطق في منظمة التعاون الإسلامي، كان للشرق الأوسط أعلى متوسط معدل للوفيات الناجمة عن أمراض الجهاز التنفسي في عام 2012، والذي يحسب على النحو 80. تلاه منطقة جنوب آسيا بالمتوسط 46 شخصاً (لكل 100 000 من السكان) فارق الحياة بسبب أمراض الجهاز التنفسي في عام 2012. بين دول منظمة التعاون الإسلامي، كان أدنى معدل للوفيات من أمراض القلب والأوعية الدموية في سورينام (10) وقطر (12) في عام 2012 حيث خسرت بنغلاديش في المتوسط 107 شخصاً (لكل 100 000 من السكان) في نفس العام بسبب أمراض الجهاز التنفسي التي كانت أعلى متوسط معدل للوفيات الناجمة عن أمراض الجهاز التنفسي ضمن مجموعة منظمة التعاون الإسلامي (الشكل 18.4، إلى اليمين).

وفقاً للشكل 18.4، في بلدان منظمة التعاون الإسلامي نجد أن السكان الذكور يعانون أكثر من أمراض الجهاز التنفسي مقارنة مع الإناث وذلك نابع أساساً من الاستخدام الواسع النطاق للتبغ بين الرجال. بحلول عام 2012، فإن معدل الوفيات بين الرجال بسبب أمراض الجهاز التنفسي قدر بحوالي 52 في حين تم احتساب هذا المعدل للنساء وبلغ 33 في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي.

الشكل 18.4: معدل الوفيات بسبب أمراض الجهاز التنفسي حسب العمر (لكل 100 000 من السكان)، وبلدان

منظمة التعاون الإسلامي ذات أعلى معدل وفيات في عام 2012 (يمين)



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، فإن عوامل الخطر الرئيسية لأمراض الجهاز التنفسي تتكون من التدخين وتلوث الهواء في الأماكن المغلقة، تلوث الهواء الطلق، المواد المثيرة للحساسية، والمخاطر المهنية والضعف. في الوقت الذي تستثمر في علاج أمراض الجهاز التنفسي، ينبغي على بلدان منظمة التعاون الإسلامي عدم إهمال تنفيذ سياسات للحد من عوامل الخطر المذكورة أعلاه التي تسبب ملايين حالات الوفاة سنوياً. في هذا الصدد، "التحرر من التبغ في منظمة التعاون الإسلامي" بمبادرة من مركز التدريب والبحوث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية للدول الإسلامية (مركز أنقرة) يمكن أن يلعب دوراً هاماً في الحد من الوفيات الناجمة عن أمراض الجهاز التنفسي عبر بلدان منظمة التعاون الإسلامي.

4.5.4 السكري

مرض السكري هو مرض غير معدي مزمن يحدث عندما يعجز البنكرياس عن إنتاج ما يكفي من الأنسولين أو عندما لا يستطيع الجسم استخدام الأنسولين المنتج بشكل فعال. ارتفاع مستوى السكر في الدم، هو التأثير الشائع لداء السكري غير المنضبط وبمرور الوقت يؤدي إلى أضرار وخيمة في الكثير من أعضاء الجسم، وبخاصة في الأعصاب والأوعية الدموية. أسباب مرض السكري معقدة. مع ذلك، يمكن أن تعزى الزيادة العالمية في انتشار مرض السكري إلى الزيادة السريعة في الوزن، بما في ذلك السمنة وقلة النشاط البدني.

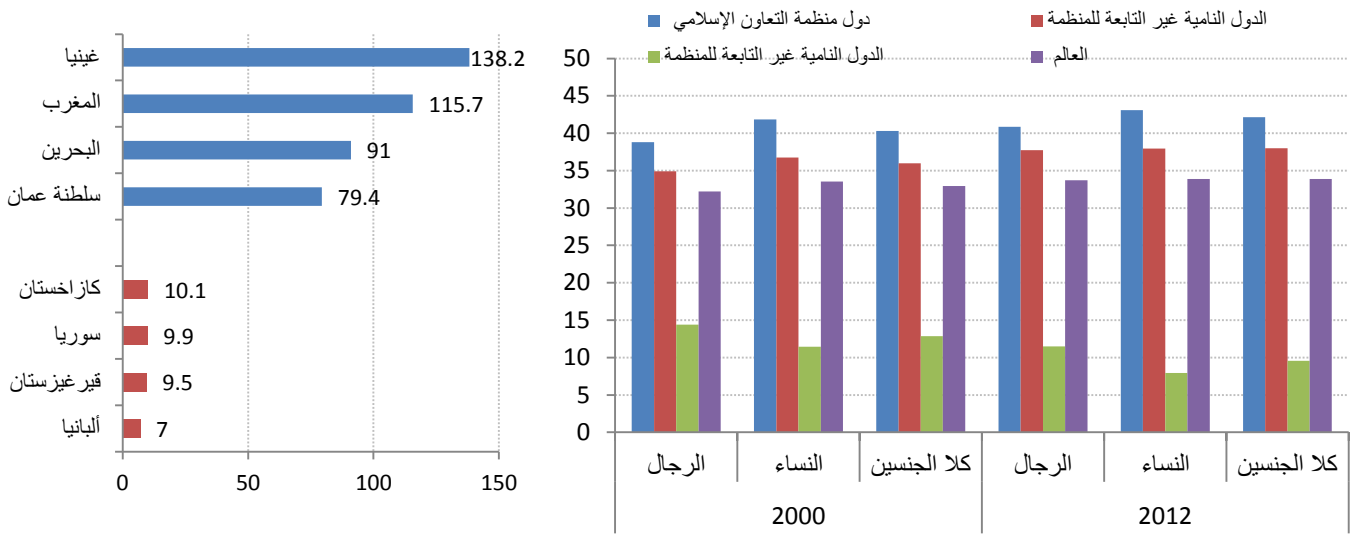
وفقاً للشكل 19.4، فإن معدل الوفيات الناجمة عن مرض السكري في جميع أنحاء العالم بقي مستقرًا في حوالي 33 حالة وفاة (لكل 100,000 نسمة) بين عامي 2000 و 2012. مع ذلك، وخلال هذه الفترة شهدت بلدان منظمة التعاون الإسلامي زيادة طفيفة 40-42 (كلا الجنسين) وفي البلدان النامية غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي ارتفع معدل الوفيات بنسبة 36-38 في هذه الفترة (كلا الجنسين). البلدان المتقدمة النمو، في المتوسط، عانت بشكل أقل من مرض السكري بين مجموعات البلدان التي تم تحليلها في كل من عامي 2000 و 2012.

من بين المناطق في منظمة التعاون الإسلامي، كانت مناطق أفريقيا جنوب الصحراء أعلى متوسط لمعدل وفيات السكري في عام 2012 حيث بلغ 89. تلتها مناطق جنوب آسيا بمتوسط 46 شخصاً (لكل 100 000 من السكان) لقي حتفه بسبب مرض السكري في عام 2012. من بين دول منظمة التعاون الإسلامي، كان أدنى معدل للوفيات الناجمة عن مرض السكري في ألبانيا (7) وقيرغيزستان (10) في عام 2012 حيث فقدت غيانا، في المتوسط، 138 شخصاً (لكل 100 000 من السكان) في نفس العام بسبب مرض السكري حيث كان هذا أعلى معدل للوفيات الناجمة عن مرض السكري ضمن مجموعة منظمة التعاون الإسلامي (الشكل 19.4، يمين).

وفقاً للشكل 19.4، في بلدان منظمة التعاون الإسلامي السكان الإناث يعانون أكثر من مرض السكري مقارنة مع الذكور. بحلول عام 2012، معدل الوفيات الناجمة عن مرض السكري بين الرجال قيس بـ 41، في حين تم احتساب هذا المعدل بنحو 43 للنساء.

بصورة عامة، على دول منظمة التعاون الإسلامي وقف الاتجاه الإيجابي الذي كان سائداً في الوفيات الناجمة عن مرض السكري. هذا يتطلب تنظيم حملات التوعية العامة حول مرض السكري وتعزيز أنماط الحياة الصحية في الأوساط الاجتماعية. من حيث طرق العلاج، التي عادة ما تكون مكلفة، فإن صناعات السياسات في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي في حاجة إلى تخصيص المزيد من الموارد لمكافحة مرض السكري.

الشكل 19.4: معدل الوفيات الناجمة عن السكري حسب العمر (لكل 100 000 من السكان) ودول منظمة التعاون الإسلامي ذات أعلى معدل للوفيات في عام 2012 (يمين)



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

6.4 عوامل الخطر

يمكن وصف عوامل الخطر بأنها العوامل التي تؤدي إلى الأمراض غير المعدية في جميع أنحاء العالم ابتداءً من استخدام الكحول على نحو ضار إلى قلة النشاط البدني. هذا القسم يعطي لمحات عامة لموقف دول منظمة التعاون الإسلامي من عوامل الخطر الرئيسية المختارة بالمقارنة مع المجموعات الأخرى، ويستخلص بعض التوصيات المتعلقة بالسياسة العامة-للمضي قدماً.

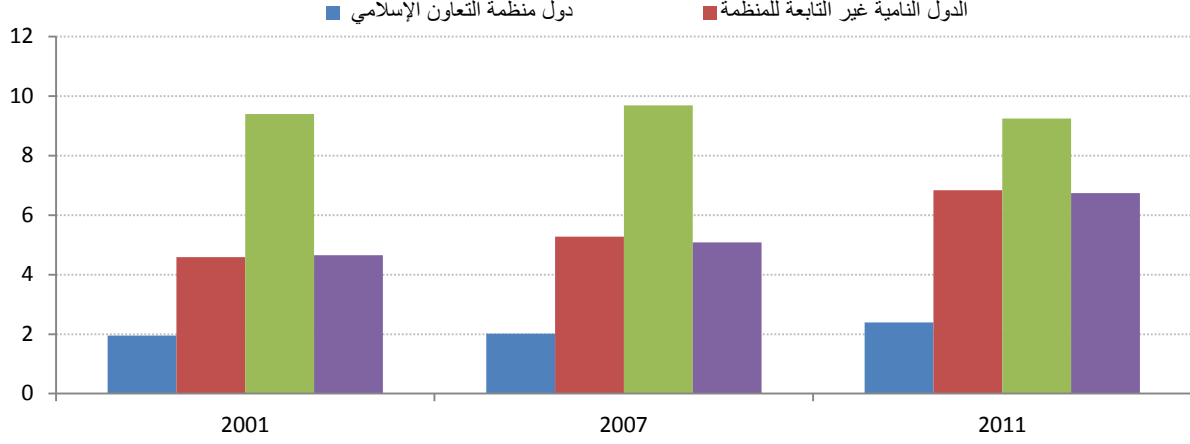
1.6.4 استخدام الكحول

استخدام الكحول هو عامل مسبب لأكثر من 200 أمراض بما فيها الأمراض المعدية مثل السل وكذلك الحال من فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز وظروف الإصابة. لذلك هو عامل خطر لكثير من الأمراض التي تؤثر على الملايين من الناس في جميع أنحاء العالم. على الصعيد العالمي، 3.3 مليون حالة وفاة كل عام نتيجة لاستخدام الكحول على نحو ضار؛ وهذا يمثل 5.9 في المائة من جميع حالات الوفاة، وفقاً لتقديرات منظمة الصحة العالمية. على وجه الخصوص، في الفئة العمرية 20-39 سنة حوالي 25 في المائة من مجموع الوفيات تعزى لاستخدام الكحول.

العواقب ما وراء الصحية، لاستخدام الكحول هي جلب خسائر اجتماعية واقتصادية كبيرة على الأفراد والمجتمع. وفي هذا السياق، فإن الحكومات في جميع أنحاء العالم في حاجة للكفاح ضد استخدام الكحول على نحو ضار. يبين الشكل 20.4 بأن المتوسط العالمي للإستخدام الكحول شهد إرتفاعاً في معدل استهلاك الفرد من 4.65 لتر في 2001

حتى 6,74 لتر في عام 2011. مجموعة منظمة التعاون الإسلامي، في المتوسط، شهدت أيضاً زيادة من 1.95 لتر إلى 2.38 لتر في نفس الفترة في حين سجلت البلدان المتقدمة انخفاض من 9.4 لتر إلى 9.2 لتر.

الشكل 20.4: إستهلاك الكحول للفرد (+15) (لتر من الكحول النقي)



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

هذه الأرقام تعني أن دول منظمة التعاون الإسلامي في خطر أكبر مقارنة مع 2001 من حيث استخدام الكحول على نحو ضار. لذلك، ينبغي لبلدان منظمة التعاون الإسلامي وضع وتنفيذ استراتيجيات فعالة للتعامل مع الاتجاه الإيجابي في استخدام الكحول. ما يلي بعض الاستراتيجيات المستخدمة في جميع أنحاء العالم في هذا الصدد:

- تنظيم تسويق المشروبات الكحولية (ولا سيما الشباب)؛
- تنظيم وتقييد توفر الكحول.
- سن سياسات القيادة تحت تأثير الخمر المناسبة؛
- تخفيض الطلب من خلال آليات الضرائب والتسعير؛
- رفع مستوى الوعي عن المشاكل الصحية العمومية الناجمة عن تعاطي الكحول على نحو ضار، وضمان دعم سياسات الكحول فعالة؛
- توفير العلاج الذي يمكن الوصول إليه وبأسعار معقولة للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي الكحول. و

• تنفيذ برامج الفحص والتدخلات السريعة للشرب الخطر والضرر في الخدمات الصحية.

بالإضافة إلى الاستراتيجيات العالمية المذكورة أعلاه، يمكن لبلدان منظمة التعاون الإسلامي بمساعدة من علماء الدين الإسلامي نقل رسالة الإسلام الفريدة إلى المجتمع بأن الإسلام حرم استخدام الكحول. إذا تم نقل الرسالة على نطاق واسع وبشكل فعال في المجتمع، يمكن أن تساعد هذه الاستراتيجية العديد من المسلمين في جميع أنحاء دول منظمة التعاون الإسلامي على وقف تناول الكحول.

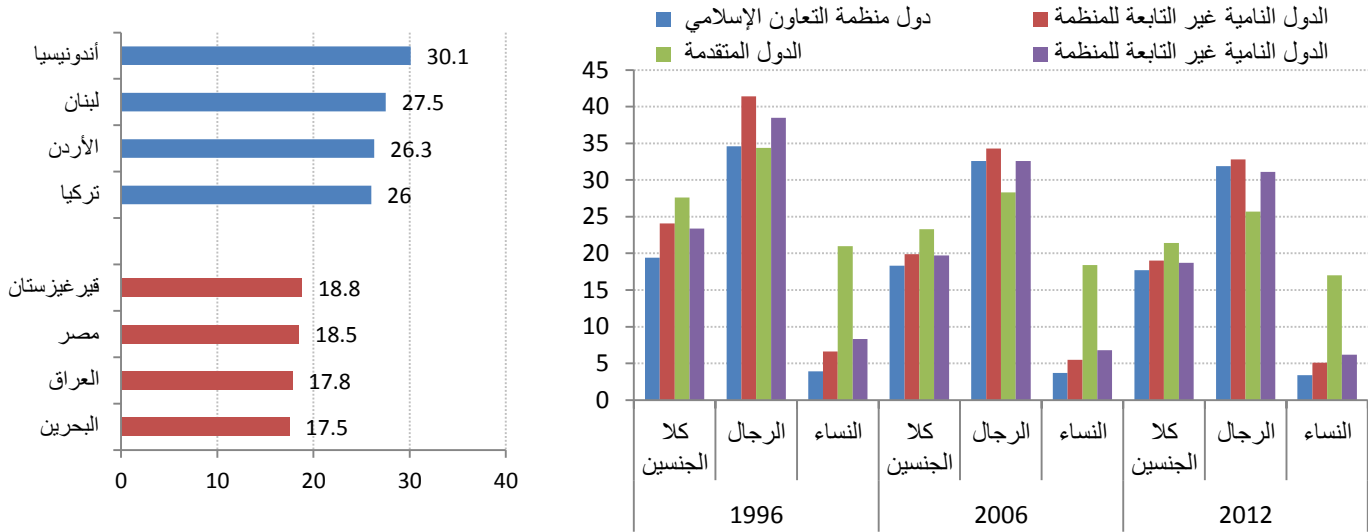
2.6.4 استخدام التبغ

منظمة الصحة العالمية تعلن أن التبغ يقتل ما يصل إلى نصف مستخدميه. هناك أكثر من 4000 مادة كيميائية في دخان التبغ، حيث لا يقل عن 250 من تلك المواد معروف أنه ضار وأكثر من 50 منها يسبب السرطان. تشير

التقديرات إلى أن التبغ يقتل حوالي 6 ملايين شخص سنوياً. أكثر من 5 ملايين من تلك الوفيات نتيجة تعاطي التبغ مباشرة في حين أن أكثر من 600000 هي نتيجة عن غير المدخنين الذين يتعرضون لدخان التبغ غير المباشر. تعاني البلدان النامية بشكل عام أكثر من استخدام التبغ. يعيش ما يقرب من 80 في المائة من 1 مليار مدخن في العالم في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. مستخدمي التبغ الذين يموتون قبل الأوان تحرم أسرهم من الدخل، ورفع تكاليف الرعاية الصحية وتعيق التنمية الاقتصادية.

كما يعرض الشكل 21.4، شهد انتشار التدخين انخفاضاً ذلك بسبب الجهود العالمية للحد من استخدام التبغ من 23.4 في المائة في عام 1996 إلى 18.7 في المائة في عام 2012 في جميع أنحاء العالم. في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، انخفض متوسط معدل انتشار التدخين أيضاً من 19.4 في المائة إلى 17.7 في المائة في الفترة نفسها (لكلا الجنسين). كما هو الحال في مجموعات البلدان الأخرى، الذكور أكثر عرضة للتدخين في دول منظمة التعاون الإسلامي بمتوسط قدره 31.9 في المائة في عام 2012. وفي مجموعة منظمة التعاون الإسلامي، في المتوسط، فقط 3.4 في المائة من جميع النساء كانوا يدخنون في عام 2012. على المستوى الفردي القطري لمنظمة التعاون الإسلامي، كما هو مبين في الشكل 21.4 يمين، كان لإندونيسيا أعلى معدل انتشار للتدخين (30.1 في المائة)، تليها لبنان (27.5 في المائة) والأردن (26.3 في المائة) في عام 2012 (للجنسين).

الشكل 21.4: انتشار التدخين (في المائة من السكان، البالغين من العمر +15) وبلدان منظمة التعاون الإسلامي ذات أعلى نسبة انتشار في عام 2012 (يمين)



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة على أساس معهد القياسات الصحية والتقييم (IHME)، 2014

بعض الطرق فعالة للتعامل مع تعاطي التبغ منها رفع الضرائب على منتجات التبغ وحظر الإعلانات عن منتجات التبغ، تقييد مجالات للتدخين بشكل عام. اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ دخلت حيز التنفيذ في فبراير 2005. منذ ذلك الحين، أصبحت واحدة من أكثر المعاهدات التي حظيت بالقبول في تاريخ الأمم المتحدة مع 180 دولة، وتغطي 90 في المائة من سكان العالم. في عام 2008، قدمت منظمة الصحة العالمية، طريقة عملية فعالة من حيث التكلفة لتوسيع نطاق تنفيذ أحكام اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية على الأرض يسمى برنامج السياسات الست. شمل برنامج السياسات الست:

- رصد تعاطي التبغ وسياسات الوقاية؛
- حماية الناس من استخدام التبغ.
- عرض المساعدة على الإقلاع عن تعاطي التبغ.
- التحذير من أخطار التبغ؛
- فرض حظر الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته. و
- رفع الضرائب على التبغ.

كانت الاستجابة لمنظمة التعاون الإسلامي لاستخدام التبغ أيضاً فعالة جداً وشاملة. بدأت العملية في عام 2007 مع المبادرة التي وضعها مركز التدريب والبحوث الإحصائية الاقتصادية والاجتماعية للدول الإسلامية (مركز أنقرة) رداً على انتشار وبيع التبغ في دول منظمة التعاون الإسلامي الذي يسمى "التحرر من التبغ في منظمة التعاون الإسلامي". يهدف البرنامج إلى تعزيز النهج المنسق واسع النطاق لمنظمة التعاون الإسلامي للحد والسيطرة على انتشار وبيع التبغ في دول منظمة التعاون الإسلامي. تركز هذه المبادرة على برامج التدريب وبناء القدرات لتسهيل وضع وتنفيذ استراتيجيات مستدامة لمكافحة التبغ على المستوى الوطني في دول منظمة التعاون الإسلامي. وفقاً لمقررات وقرارات المؤتمر الإسلامي الأول لوزراء الصحة (2007)، فإن الأهداف الرئيسية لمبادرة التحرر من التبغ في منظمة التعاون الإسلامي يمكن إدراجها على النحو التالي:

- زيادة الوعي العام حول السيطرة على التبغ من خلال توفير المعرفة القائمة على الأدلة والمعلومات، وبهذه الطريقة، يمنع الأطفال من بدء تعاطي التبغ.
- لإنشاء الشبكات والشراكات في منظمة التعاون الإسلامي لتبادل الخبرات وأفضل الممارسات في استراتيجيات مكافحة التبغ والمبادرات والمشاريع والبرامج ؛ و
- بناء قدرات المنظمات أو المؤسسات من أجل تنسيق أفضل للسياسات ذات الصلة من أجل تحقيق هدف التحرر من التبغ في منظمة التعاون الإسلامي.

يسرد برنامج منظمة التعاون الإسلامي الاستراتيجية للعمل الصحي 2014-2023 (OIC-SHPA) أيضاً الإجراءات ذات الصلة الواجب اتخاذها لمكافحة تعاطي التبغ تحت عدة مجالات موضوعية. تحقيقاً لهذه الغاية، على المستوى العالمي ومستوى منظمة التعاون الإسلامي سواء، هناك مبادرات وآليات للتعامل مع تعاطي التبغ بالتعاون مع المنظمات الدولية، يمكن لبلدان منظمة التعاون الإسلامي أن تقلل بشكل فعال من تعاطي التبغ، فيمكنها بذلك إنقاذ المزيد من الأرواح

3.6.4 عدم كفاية النشاط البدني

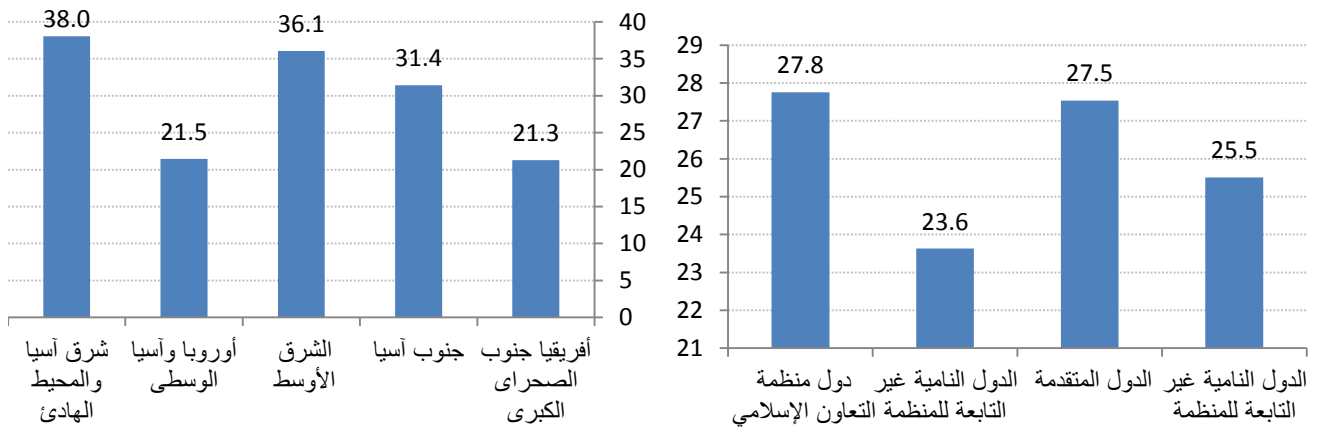
تعرف منظمة الصحة العالمية النشاط البدني على أنه أي حركة جسدية تنتجها العضلات والهيكل العظمي تتطلب بذل الطاقة - بما في ذلك الأنشطة أثناء العمل، اللعب، القيام بالأعمال المنزلية، السفر، والانخراط في المساعي الترفيهية. كلا من، النشاط البدني المعتدل أو المكثف يجلب الفوائد الصحية. عدم كفاية النشاط البدني هي واحدة من 10 عوامل الاختطار الرئيسية للوفاة في العالم. على الصعيد العالمي، 3.2 مليون حالة وفاة سنوياً يمكن أن تعزى إلى عدم كفاية النشاط البدني، وفقاً لتقديرات منظمة الصحة العالمية.

عدم كفاية النشاط البدني يمثل عامل خطر رئيسي للأمراض غير المعدية (NCDs) مثل أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان والسكري. النشاط البدني له فوائد صحية كبيرة وتسهم في منع الأمراض غير المعدية. أكثر من 80 في المائة من السكان المراهقين في العالم يعانون من عدم كفاية الأنشطة البدنية. العوامل الاجتماعية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية تؤثر على أنماط حياة الناس. مع زيادة التحضر، بدأت بعض العوامل الإضافية بالتأثير على النشاط البدني. الأسباب الشائعة وراء قلة النشاط البدني في المناطق الحضرية هي: العنف، حركة المرور عالية الكثافة، انخفاض جودة الهواء، التلوث، عدم وجود الحدائق، الأرصفة ومرافق الرياضة / الترفيه.

يبين الشكل 22.4 انتشار عدم كفاية النشاط البدني بين البالغين عبر مجموعات البلدان. وفقا لهذا، نجد أن من بين بلدان منظمة التعاون الإسلامي التي توفرت حولها البيانات، في المتوسط، نجد أن انتشار النشاط البدني الكافي كان أعلى (27.8 في المائة) بين جميع مجموعات البلدان في عام 2010. قد تم قياس المتوسط العالمي 25.5 في المائة في العام نفسه (الشكل 22.4، يسار). عبر مناطق منظمة التعاون الإسلامي، كان أعلى معدل انتشار النشاط البدني الغير كافي في شرق آسيا والمحيط الهادئ بمتوسط معدل 38 في المائة. سجلت مناطق أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى أدنى معدل لانتشار النشاط البدني الغير كافي (21.3 في المائة) في عام 2010 (الشكل 22.4، يمين).

وافقت الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية على الحد من عدم كفاية النشاط البدني بنسبة 10 في المائة بحلول عام 2025. من أجل تشجيع النشاط البدني، تحتاج الحكومات إلى ضمان ما يلي: الميثي وركوب الدراجات وأشكال أخرى للتنقل الفعال يمكن الوصول إليها وأمنة للجميع؛ أن تكون سياسات العمل ومكان العمل تشجع على النشاط البدني. المدارس لديها مساحات ومرافق للطلاب لقضاء وقت فراغهم بنشاط وبصورة آمنة؛ التربية البدنية التي تشجع الأطفال على تطوير أنماط السلوك التي من شأنها أن تبقى على النشاط البدني سلوكاً دائماً طوال حياتهم. المرافق الرياضية والترفيهية التي توفر الفرص للجميع لممارسة الرياضة. في هذا الصدد، فإن صانعي السياسات في دول منظمة التعاون الإسلامي في حاجة إلى اتخاذ الترتيبات اللازمة لتعزيز نمط الحياة الأكثر نشاطاً بدنياً من أجل الحصول على أجيال أكثر صحة والحد من الضغط على نظم الضمان الاجتماعي.

الشكل 22.4: انتشار عدم كفاية النشاط البدني في السكان +18 (في المائة). 2010



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استناداً إلى بيانات مستودع منظمة الصحة العالمية

4.6.4 السمنة

يتم تعريف السمنة على أنها تراكم الدهون الغير طبيعي أو المفرط والذي قد يضر بالصحة. تعرف منظمة الصحة العالمية السمنة لمؤشر كتلة الجسم (BMI) الأكبر من أو يساوي 30. السمنة تؤدي إلى تأثيرات سلبية على التمثيل الغذائي، ضغط الدم، الكوليسترول، الدهون الثلاثية ومقاومة الانسولين. مخاطر الإصابة بأمراض القلب التاجية والسكتة الدماغية الإقفارية والنوع 2 من مرض السكري زيادة السكري بصورة مطردة مع زيادة مؤشر كتلة الجسم. كما يثير ارتفاع مؤشر كتلة الجسم إلى خطر الإصابة بسرطان الثدي والقولون والبروستاتا وبطانة الرحم والكلية والمرارة. معدلات الوفيات ترتفع مع درجة زيادة الوزن، وفقاً لمؤشر كتلة الجسم.¹

زادت السمنة في جميع أنحاء العالم إلى أكثر من الضعف منذ عام 1980. في عام 2014، أكثر من 1.9 مليار من البالغين، 18 عاماً وأكثر، يعانون من زيادة الوزن حيث تجاوز مؤشر كتلة الجسم لديهم 25. من بين هؤلاء أكثر من 600 مليون يعانون من السمنة المفرطة. على الصعيد العالمي، كانت نسبة 13 في المائة من البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 18 سنة وما فوق بدناء في عام 2014.

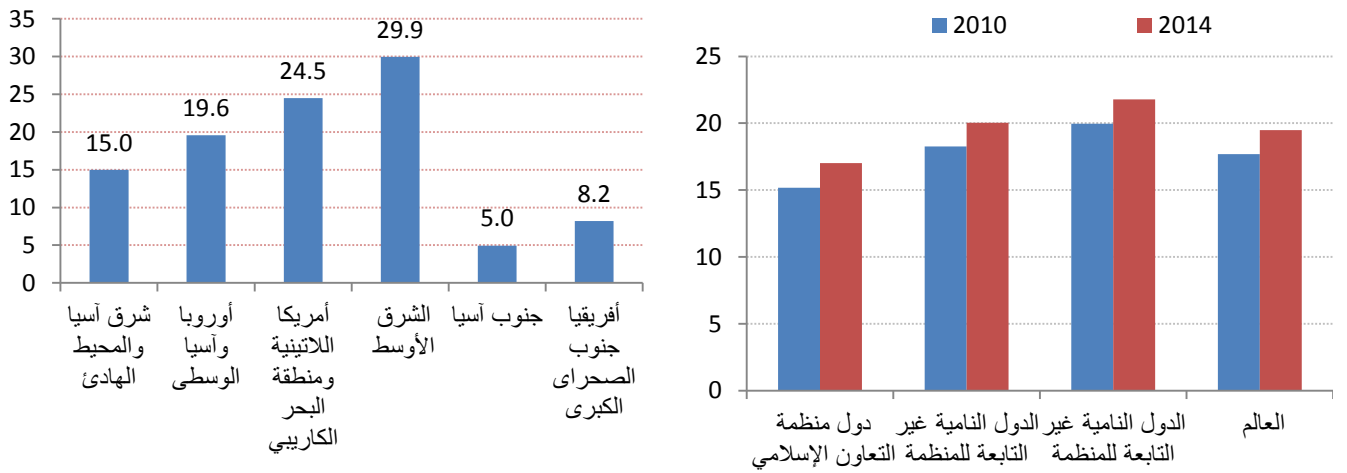
انتشار زيادة مؤشر كتلة الجسم زاد مع مستوى دخل البلدان. وفقاً لتقديرات منظمة الصحة العالمية، فإن معدل انتشار السمنة العام هو أعلى أكثر من أربعة أضعاف في البلدان ذات الدخل المرتفع مقارنة مع البلدان ذات الدخل المنخفض. وفقاً لشكل 23.4 (يسار)، في مجموعة منظمة التعاون الإسلامي زاد انتشار السمنة من 15.2 في المائة في عام 2010 إلى 17 في المائة في عام 2014. في البلدان المتقدمة، بلغ متوسط معدل الانتشار 21.8 في المائة في عام 2014. من بين كل مجموعات البلدان، كان المتوسط في دول منظمة التعاون الإسلامي أدنى مستوى في عام 2014 من حيث انتشار السمنة. من بين المناطق في منظمة التعاون الإسلامي، تتعرض منطقة الشرق الأوسط إلى البدانة أكثر بمتوسط معدل انتشار 29.9 في المائة. أما منطقة جنوب آسيا فلديها أدنى معدل انتشار للسمنة بين جميع المناطق في منظمة التعاون الإسلامي بمتوسط معدل انتشار 5 في المائة. على مستوى كل بلد على حدة، انتشار السمنة تراوح من 2.9 في المائة في أفغانستان إلى 42.3 في المائة في قطر (الشكل 24.4).

السمنة يمكن الوقاية منها. على المستوى الفردي، يمكن للناس أن تحد من استهلاك الطاقة من الدهون الكلية والسكريات. زيادة استهلاك الفواكه والخضروات، وكذلك البقول والحبوب الكاملة والمكسرات. الانخراط في النشاط البدني بانتظام (60 دقيقة يومياً للأطفال، و 150 دقيقة في الأسبوع للبالغين). صناعة المواد الغذائية يمكن أن تلعب دوراً هاماً في تعزيز النظم الغذائية الصحية عن طريق الحد من الدهون والسكر ومحتوى الملح في الأطعمة المصنّعة. ضمان توفير الخيارات الصحية والمغذية المتاحة وبأسعار معقولة لجميع المستهلكين. ممارسة التسويق المسؤول بخاصة تلك الذي يستهدف الأطفال والمراهقين. ضمان توفر الخيارات الغذائية الصحية ودعم ممارسة النشاط البدني بانتظام في مكان العمل. بهذه الرؤية، فإن واضعي السياسات في دول منظمة التعاون الإسلامي هم المسؤولون عن الوقاية من السمنة. على المستوى الفردي، يمكن للناس أن تحد من استهلاك الطاقة من الدهون الكلية والسكريات. زيادة استهلاك الفواكه والخضروات، وكذلك البقول والحبوب الكاملة والمكسرات. الانخراط في النشاط

¹ مؤشر كتلة الجسم (BMI) هو مؤشر بسيط من الوزن مقابل الطول يستخدم عادة لتصنيف فرط الوزن والسمنة لدى البالغين. ويعرف وزن الشخص بالكيلوجرام مقسوماً على مربع الطول بالأمتار له (كيلوجرام / متر مربع).

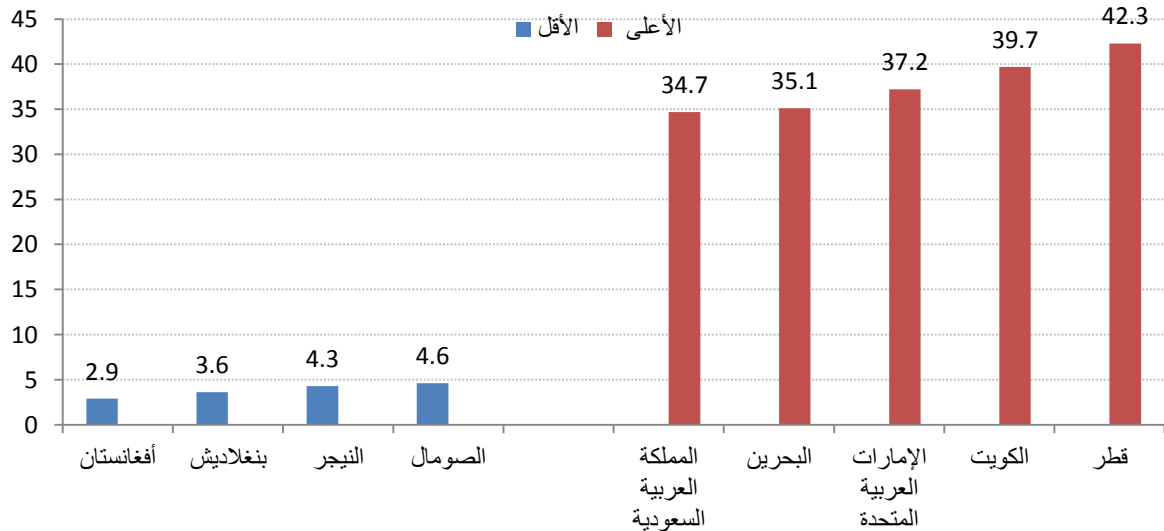
البدني بانتظام (60 دقيقة يوميا للأطفال، و 150 دقيقة في الأسبوع للبالغين). صناعة المواد الغذائية يمكن أن تلعب دوراً هاماً في تعزيز النظم الغذائية الصحية عن طريق الحد من الدهون والسكر ومحتوى الملح في الأطعمة المصنعة. ضمان توفير الخيارات الصحية والمغذية المتاحة وبأسعار معقولة لجميع المستهلكين. ممارسة التسويق المسؤول بخاصة ذلك الذي يستهدف الأطفال والمراهقين. ضمان توفر الخيارات الغذائية الصحية ودعم ممارسة النشاط البدني بانتظام في مكان العمل. على ضوء ما سبق ، فإن واضعي السياسات في دول منظمة التعاون الإسلامي هم المسؤولون عن تصميم السياسات الرامية إلى تعزيز النظم الغذائية الصحية وتشجيع زيادة النشاط البدني وتنظيم صناعة المواد الغذائية لصالح شعوبهم.

الشكل 23.4: انتشار السمنة (بين السكان +18 ، في المائة)، 2014



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة استنادا إلى منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

الشكل 24.4: دول منظمة التعاون الإسلامي ذات أعلى وأدنى معدل انتشار للسمنة بين البالغين، +18 سنوات (في المائة من السكان)



المصدر: منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

مع تحول الاهتمام العالمي في جدول أعمال التنمية في مرحلة ما بعد 2015 والتي ستحل محل الأهداف الإنمائية للألفية، فإن دور الأدوية واللقاحات والتكنولوجيات الطبية في دعم تطوير مجتمعات صحية يصبح أكثر أهمية. على نحو أدق، فإن صناعة الأدوية تشكل أحد العناصر الأساسية لنظام الرعاية الصحية الفعال والذي يعمل بشكل جيد. المنتجات الصيدلانية، مثل الأدوية واللقاحات، هي منتجات أساسية، وتتطلب التمويل المناسب. الأجهزة الطبية مهمة أيضاً لتوفير الرعاية الصحية وتحسين صحة الأفراد والسكان. أحد الأهداف الاستراتيجية لمنظمة الصحة العالمية هو ضمان تحسين الوصول والجودة واستخدام للأجهزة الطبية.

على ضوء ما سبق، يصف هذا القسم الوضع الحالي من الأدوية واللقاحات وكذلك التقنيات الطبية في دول منظمة التعاون الإسلامي.

1.5 الصناعة الصيدلانية

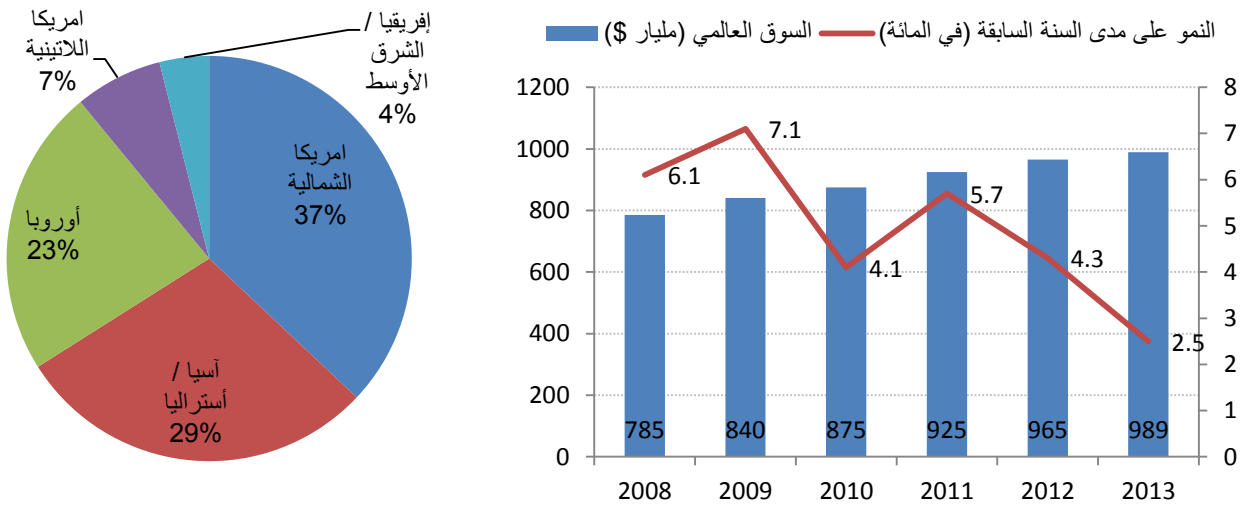
أصبحت الأدوية اليوم جزءاً لا يتجزأ من نظام الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم. قد لعبت الأدوية تاريخياً دوراً حيوياً في التنمية البشرية من خلال تحسين نوعية الحياة والحد من الوقت الذي يقضى في المستشفيات. بفضل صناعة الأدوية المبتكرة فإن جميع الأوبئة والأمراض المزمنة تقريباً قابلة للشفاء اليوم. نظراً لارتباطها المباشر مع الرعاية والرفاهية للإنسان، صناعة الأدوية ذات أهمية استراتيجية للتنمية لأمة صحية ومنتجة. تعتبر صناعة المستحضرات الصيدلانية واحدة من أكبر وأسرع الصناعات نمواً في العالم. فهي مصدر رئيسي لتوليد فرص العمل وعائدات النقد الأجنبي للعديد من البلدان في جميع أنحاء العالم.

مع ذلك، على الرغم من كل هذه الإنجازات الغير عادية، مازالت هنالك حقيقة لا يمكن التغاضي عنها ألا وهي أن يموت سنوياً أكثر من 2.3 مليون شخص في جميع أنحاء العالم (منظمة الصحة العالمية، 2011)، معظمهم في البلدان النامية ذات الدخل المنخفض، وذلك بسبب عدم توفر وعدم إمكانية الوصول إلى الأدوية الضرورية. العديد من البلدان النامية، بما في ذلك بعض بلدان منظمة التعاون الإسلامي، لديها قدرات غير كافية أو ليس لديها قدرات للتصنيع في صناعة المستحضرات الصيدلانية. تغطي الصناعة المحلية نسبة ضئيلة من الطلب المحلي والأدوية التي تعتمد اعتماداً كبيراً على الواردات والمساعدات الطبية. بالإضافة إلى ذلك، فإن حصة الأدوية في مدفوعات الصحة "مدفوعات الجيب" (أي التي يدفعها المريض) تتراوح ما بين 40 إلى 60 في المائة في هذه البلدان. نتيجة لذلك، فإن الأدوية لا تتوفر ولا يمكنها الوصول إلى جزء كبير من السكان ومئات الآلاف الناس يموتون من أمراض يمكن الوقاية منها وعلاجها. يحاول هذا القسم التحقيق في توفر الأدوية في دول منظمة التعاون الإسلامي من خلال التركيز على الإنتاج والاستهلاك والتجارة أنماط الأدوية في هذه البلدان في الفترة 2010-2014.

1.1.5 الإنتاج والاستهلاك العالميين

أظهرت صناعة الأدوية العالمية نمواً سريعاً على مدى السنوات الماضية، وظهرت باعتبارها واحدة من أسرع الصناعات نمواً في العالم. مع ذلك، فإن إنتاج الأدوية وإستهلاك غير متساو في جميع أنحاء العالم. البلدان المتقدمة هي من كبار منتجي ومستهلكي الأدوية على حد سواء. وفقاً لشركة آي إم إس IMS للصحة (شركة عالمية لخدمات الاستشارات والبيانات)، في عام 2013، قدرت قيمة سوق الدواء في العالم بنحو 989 مليار دولار أمريكي مع نسبة نمو بلغت 2.5 في المائة عن السنة السابقة، بسعر صرف ثابت. وقد ارتفع حجم صناعة الأدوية من 785 مليار دولار أمريكي في عام 2008 إلى 989 مليار دولار أمريكي في عام 2013، وهو ما يمثل زيادة بنسبة 25.9 في المائة. خلال هذه الفترة، شهد معدل النمو في هذه الصناعة اتجاهاً نحو الانخفاض من 6.1 في المائة في عام 2008 إلى 2.5 في المائة في عام 2013. يرتبط هذا الانخفاض بشكل رئيسي مع التباطؤ في النشاط الاقتصادي، وخاصة في الدول المتقدمة التي تستهلك جزءاً كبيراً من المنتجات الصيدلانية عالمياً. في عام 2008، شهد التباطؤ الاقتصادي في الدول المتقدمة واحدة من أسوأ الأزمات المالية والإقتصادية العالمية منذ الكساد العظيم. ظهرت التأثيرات السلبية لهذه الأزمة ذات الحجم التاريخي في جميع أنحاء العالم وتضررت جميع القطاعات. شهدت صناعة المستحضرات الصيدلانية واحد من أدنى معدلات النمو في العام على أساس سنوي قدره 2.5 في المائة في عام 2013 (الشكل 1.5).

الشكل 1.5: السوق الدوائية العالمية والتوزيع الإقليمي



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة على أساس التوقعات IMS، العالمية للأدوية 2014

يقدر إجمالي الإنفاق العالمي على المنتجات الصيدلانية ليصل إلى 1.3 تريليون دولار أمريكي في عام 2018، بزيادة قدرها 290-320 مليار دولار أمريكي اعتباراً من عام 2013، مدفوعة بالنمو السكاني وشيخوخة السكان، وتحسين فرص الوصول إلى الأسواق المصنعة للمستحضرات الصيدلانية (IMS، 2014). من ناحية أخرى، فإن نمو الإنفاق العالمي يستقر بين 4-7 في المائة خلال عام 2018 (IMS، 2014). السوق الدوائية العالمية، من حيث كلاً من الإنتاج والاستهلاك، يتركز بشكل كبير في المناطق المتقدمة. في عام 2013، شكلت أمريكا الشمالية (37 في المائة)، وآسيا / أستراليا (29 في المائة) وأوروبا (23 في المائة) ما يقرب من 89 في المائة من السوق العالمية. بينما أمريكا اللاتينية

وأفريقيا والشرق الأوسط، ومعظمهم المناطق النامية، تمثل 11 في المائة فقط من استهلاك الأدوية العالمية في عام 2013.

2.1.5 الإنتاج والاستهلاك في دول منظمة التعاون الإسلامي

مثل العديد من البلدان النامية الأخرى، الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي تواجه العديد من التحديات الاجتماعية والاقتصادية بما في ذلك إنشاء نظام الرعاية الصحية بكفاءة وفعالية. في هذه البلدان، القطاع الصحي لا يزال يعاني من العديد من المشاكل بدءاً من ضعف البنية التحتية للعدد الكافي من العاملين في المجال الطبي. مع ذلك نقص وعدم إمكانية الوصول إلى الأدوية الضرورية هي من بين المشاكل الأكثر تحدياً. نظراً لعدم توفر البيانات ذات الصلة على معظم دول منظمة التعاون الإسلامي، فالتحليل شامل على الطاقة الإنتاجية لصناعة المستحضرات الصيدلانية على مستوى منظمة التعاون الإسلامي غير ممكن. مع ذلك، يتم إعطاء لمحة عامة عن صناعة الأدوية في دول منظمة التعاون الإسلامي، والتي تتوفر حولها البيانات، من حيث المناطق الجغرافية في القسم التالي.

الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (MENA)

التنمية الاقتصادية تغير الوضع الصحي في منطقة الشرق الأوسط، مع تزايد انتشار الأمراض المعدية. وفي هذا السياق، فإن الشركات الدولية تعترف بقيمة وإمكانات منطقة الشرق الأوسط. على سبيل المثال، سانوفي هي أكبر شركة أدوية في المغرب، في حين جلاكسو سميث كلاين هي الرائدة في المملكة العربية السعودية. وعلاوة على ذلك، فإن بعض المنتجين المحليين مثل الحكمة من الأردن والدوائية من المملكة العربية السعودية يهدفون ليصبحوا رواداً في المنطقة. مبيعات الأدوية في منطقة الشرق الأوسط يتوقع لتصل إلى 35,8 مليار دولار أمريكي في أسعار التجزئة في عام 2016، بما في ذلك مبيعات الصيدليات والمستشفيات. تركيا ومصر والمملكة العربية السعودية هي الجهات الفاعلة الرئيسية في منطقة الشرق الأوسط.

ستكون مصر سوق الدواء الرئيسي الثاني في منطقة الشرق الأوسط في عام 2016. ارتفع سوق الدواء المصري لما يقرب من خمس مرات بين عامي 1995 و 2010. مع ذلك، استهلاك الفرد لا يزال منخفضاً. على الرغم من مشاكل الإنتاج الأخيرة، من المتوقع أن يرتفع الإنتاج مع استمرار نظام الرعاية الصحية انتقاله نحو التحديث. مصر أصبحت سوقاً جذابة للغاية لشركات الأدوية متعددة الجنسيات بين الأسواق المصنعة للمستحضرات الصيدلانية.

الأردن لديها مستوى قوي نسبياً من الإنتاج المحلي. مع ذلك، فإن معظم ما يتم إنتاجه يتم تصديره مما يؤدي إلى اعتمادية السوق على الواردات. معظم المستحضرات الصيدلانية المستوردة مستوردة بالتجزئة من الدول الواقعة في أوروبا الغربية، مثل سويسرا وألمانيا. من ناحية أخرى، الصادرات هي في المقام الأول هي الأدوية نصف مكتملة وبالتجزئة متجهة إلى بلدان أخرى في منطقة الشرق الأوسط. أكبر شركة أدوية في الأردن هي شركة أدوية الحكمة، مع حصة في السوق تبلغ أكثر من 10 في المائة. الشركة لديها عدد من مرافق التصنيع في الأردن، فضلاً عن مرافق البحث والتطوير. في عام 2010، استحوذت الحكمة على أعمال تجارية عن طريق الحقن من شركة في الولايات المتحدة التي

عززت بشكل كبير من نطاق الأعمال التجارية للشركة عن طريق الحقن في جميع أنحاء العالم. كما اكتسبت الحكمة شركة جزائرية وكذلك شركة التونسية في عام 2010، وعززت وجودها في منطقة الشرق الأوسط.

على الرغم من أن سوق الدواء المغربي صغير على الصعيد العالمي، فإن نصيب الفرد من الإنفاق على المنتجات الصيدلانية مرتفع نسبياً لبلد أفريقي. تمتلك أكثر من 50 في المائة من شركات الأدوية للإستثمارات الأجنبية، وهو ما يمثل أكثر من نصف دوران الصناعة. الشركات المتعددة الجنسيات التي لها وجود قوي في سوق الدواء المغربي تشمل سانوفي، شركة جلاكسو سميث كلاين وفايزر. قد زادت الحكمة أيضاً من التغلغل في السوق، بعد الاستيلاء على 63.9 في المائة من شركة بروموفارم.

السوق الصيدلانية السعودية هي الأغنى في منطقة الخليج. قطاع الصيدلة الخاص يميل إلى تفضيل الأدوية ذات العلامات التجارية ولكن يتم تسويقها في إطار ضيق للأسعار. الشركات الرائدة العاملة في القطاع هي شركة جلاكسو سميث كلاين والدوائية. القطاع العام، أكثر عمومية، يعتمد على عائدات النفط ويتميز بإحتواء التكاليف والمدفوعات المتأخرة للمناقصات. هناك القليل من الإنتاج المحلي في المملكة العربية السعودية، وبالتالي يتم توفير الغالبية العظمى من السوق عن طريق الاستيراد. لا يوجد سوى عدد قليل من المصنعين المحليين الرئيسيين في البلاد. الأدوية المصنعة محلياً يدعم فقط حوالي 15 في المائة من السوق، والباقي من الإنتاج يتم تصديره أساساً إلى دول مجلس التعاون الخليجي. وعلاوة على ذلك، نمت صناعة الأدوية من 410 مليار دولار أمريكي إلى 670 مليار دولار أمريكي بين عامي 2008 و 2012.

آسيا

في منطقة آسيا الوسطى، برزت تركيا باعتبارها سوقاً واعدة للأدوية. اليوم، تركيا هي أكبر منتج للمستحضرات الصيدلانية في مجموعة دول منظمة التعاون الإسلامي، وفي المرتبة 16 بين 35 من المنتجين الرواد في العالم. هناك 134 شركة أدوية العاملة في تركيا والصناعة المحلية تلي 90 في المائة من الطلب المحلي. في عام 2013، بلغت مبيعات الأدوية من تركيا 14.3 مليار دولار أمريكي مقارنة بمبلغ 12.2 مليون دولار أمريكي في عام 2008. سوق الصناعة الدوائية التركية لديه امكانات كبيرة للنمو ويتم وضعه في مجموعة من البلدان تسمى "الأسواق المصنعة للمستحضرات الصيدلانية" التي تمثل الأسواق الصيدلانية الأسرع نمواً في العالم. الأسواق المصنعة للمستحضرات الصيدلانية هي 21 دولة التي حددتها شركة IMS للصحة بإمتلاكها لأكثر من 1 مليار دولار أمريكي في نمو الإنفاق الصيدلاني 2012-2016 ونصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي أقل من 25,000 دولار أمريكي. من بين هذه الأسواق الناشئة، تركيا، المملكة العربية السعودية، الجزائر، اندونيسيا، مصر، باكستان، ونيجيريا هي ودول منظمة التعاون الإسلامي.

في منطقة آسيا والمحيط الهادئ، ماليزيا هي واحدة من أسواق الأدوية الأسرع نموا حيث تقدر قيمتها بحوالي 1.6 مليار دولار أمريكي في عام 2012. وفقاً للهيئة الماليزية لمكافحة المخدرات، في عام 2012 كان هناك 235 شركة أدوية

مسجلة في البلاد وتغطية الإنتاج المحلي بلغت حوالي 25-30 في المائة من الطلب المحلي. مع توفير الموارد الطبيعية الغنية (النباتية والحيوانية)، تعتبر ماليزيا سوق حيوي مهم (الأدوية العشبية والفيتامينات) في أسواق المنطقة. اندونيسيا هي السوق الدوائية تزايد أخرى في المنطقة تقدر ب 4.5 مليار \$ في عام 2012. وفقاً ولكالة مراقبة الأدوية والغذاء (BPOM)، فإن إندونيسيا تمتاز بصناعة أدوية قوية مبنية على عدد 108 شركة. في عام 2012، شكلت الشركات المحلية 75 في المائة من مبيعات الأدوية في البلاد.

أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (SSA)

منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى تعتبر تمثل 25 في المائة من عبء المرض العالمي، تمثل أقل من 1 في المائة من النفقات الصحية العالمية. حالياً، المرضى يتم تمويلهم بنحو 50 في المائة من مجموع النفقات الصحية في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وفقاً لمسح الصحة العالمية 2003، فإن متوسط نصيب الأدوية من مدفوعات الجيب الصحية في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء (14 بلداً) هي 37 في المائة، بينما على المستوى القطري، تتفاوت هذه النسبة من 11 في المائة في تشاد إلى 62.2 في المائة في بوركينا فاسو. في عام 2012، قدرت قيمة سوق الدواء في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى بنحو 23 مليار دولار أمريكي بحصة بلغت 2.3 في المائة مما يقدر بنحو 965 مليار دولار أمريكي مجمل السوق العالمية. في أفريقيا جنوب الصحراء، 37 من بين 44 دولة لديها إمكانية إنتاج الأدوية ويقدر الغنتاج المحلي بحوالي 25-30 في المائة من الطلب المحلي لمنطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. مع ذلك، يتركز إنتاج الأدوية بصورة عالية بين عدد قليل من البلدان. سوق الأدوية في جنوب أفريقيا هي واحدة من أكثر الأسواق جاذبية في أفريقيا. بعض من الأسباب الرئيسية لنموها السريع هو توفر البنية التحتية ذات الجودة العالية الفعالة من حيث التكلفة والعمالة الماهرة، إدخال هيئة تنظيم المنتجات الصحية في جنوب أفريقيا (SAHPRA). كانت نيجيريا ثاني أكبر منتج بحصة بلغت 6 في المائة (أي 1.4 مليار دولار أمريكي). من بين الدول الأخرى في منظمة التعاون الإسلامي، أنتج المغرب 1.2 مليار دولار أمريكي وتونس تنتج ما قيمته 0.8 مليار دولار أمريكي للأدوية في عام 2012.

3.1.5 توفر الأدوية الأساسية والعامة

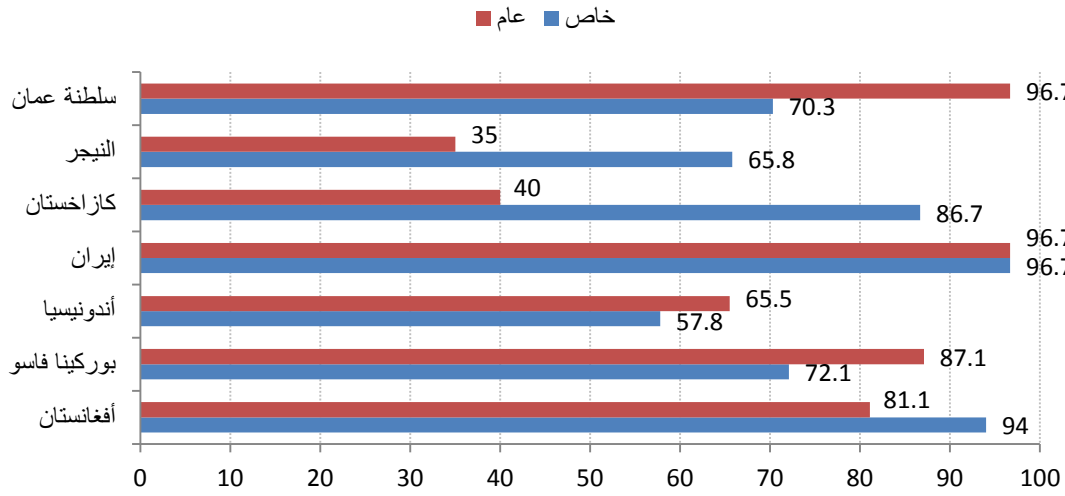
الهدف الثامن من الأهداف الإنمائية للألفية يقر بالحاجة إلى تحسين توفر الأدوية بأسعار ميسورة في البلدان النامية. أحرزت العديد من البلدان تقدماً نحو زيادة فرص الحصول على الأدوية الأساسية في البلدان النامية ليست كافية. في البلدان التي توفرت حولها البيانات، نجد أن الأدوية الأساسية متوفرة فقط لما يعادل 57 في المائة من السكان و 65 في المائة من المنشآت الصحية الخاصة في عام 2012. أسعار الأدوية تمثل حوالي 3,3-5,7 أضعاف الأسعار المرجعية الدولية (الأمم المتحدة، 2013).

في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، التي توفرت حولها البيانات ذات الصلة، نجد أن التوافر المتوسط للأدوية الجنيسة المختارة للصحة للقطاع العام تراوح بين 35 في المائة و 96.7 في المائة (بمتوسط عام 71.9 في المائة) (الشكل 2.5). بالمثل، للقطاع الصحي الخاص، تمثل دول منظمة التعاون الإسلامي بنية متجانسة، مع توفر متوسط يتراوح من 57.8 في المائة إلى 96.7 في المائة (بمتوسط عام 77.6 في المائة). إيران لديها أعلى معدل توفر متوسط للأدوية

الجنيسة المختارة مع 96.7 في المائة في القطاع العام والخاص. مع ذلك، إنخفض توفر المتوسط في عدد من بلدان منظمة التعاون الإسلامي. على سبيل المثال، النيجر لديها أدنى معدل توفر 35 في المائة في القطاع العام وإندونيسيا لديها أدنى معدل توفر 57.8 في المائة في القطاع الخاص.

الأدوية هي العنصر الحاسم للوقاية الآمنة والفعالة ولعلاج الأمراض. لذلك، من الضروري أن تكون هنالك وسيلة سهلة للوصول إليها في الوقت المناسب. يجب أن تكون الأدوية في المتناول بكميات مقبولة لكن، وكما ذكر أعلاه؛ ليست هذه هي الحال في معظم بلدان منظمة التعاون الإسلامي (مركز أنقرة، 2014). توفر الأدوية الأساسية في القطاع العام محدودة بسبب عدم كفاية الموارد وعدم كفاءة التوزيع والتوريد. وبالتالي، يصبح القطاع الخاص هو المزود الرئيسي للدواء للمريض. مع العلم، بأنها تقاضون أكثر من ذلك. خلال الفترة 2003-2009، إرتفعت الهوامش والضرائب والرسوم الجمركية، ويرجع ذلك إلى ارتفاع أسعار الصانعين وكانت نسبة متوسط أسعار المستهلك للأدوية الجنيسة المختارة في القطاع الخاص ثلاث مرات أكثر من نسبة السعر في القطاع العام في دول منظمة التعاون الإسلامي (مركز أنقرة، 2014).

الشكل 2.5: التوفر الوسيط للأدوية الجنيسة (في المائة)، 2007-2013



المصدر: منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

يعرف التيقظ الدوائي على أنه العلم والأنشطة المتعلقة باكتشاف وتقييم والتفاهم والوقاية من الآثار الضارة أو أي مشكلة تتعلق بالأدوية الأخرى. في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، نجد أن التيقظ الدوائي ضعيف في كشفه والتحقيق فيه والإبلاغ عن الأحداث السلبية التابعة للأدوية والتحصين. النظم الفعالة لضمان الجودة والمراقبة لا وجود لها في العديد من البلدان ويمثل بيع الأدوية المزيفة مشكلة كبيرة. يتم استيراد أكثر من 90 في المائة من المنتجات الطبية (مركز أنقرة، 2014).

4.1.5 التجارة الصيدلانية

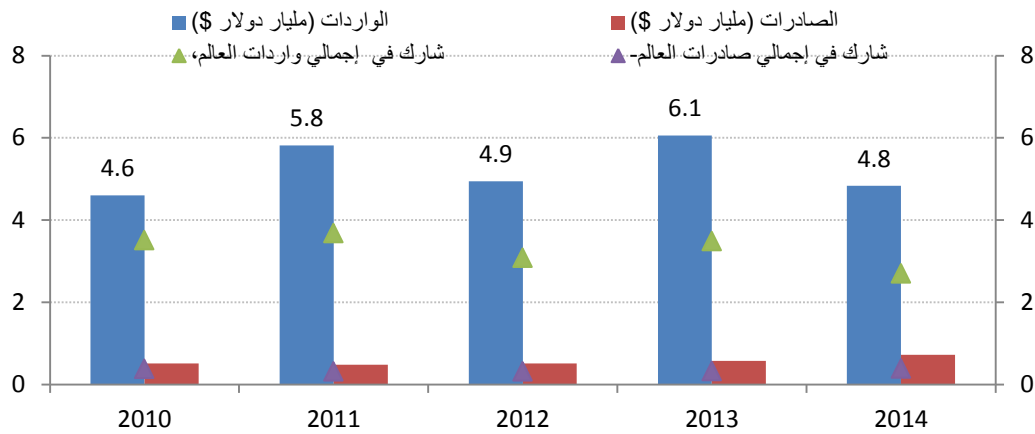
يحلل هذا القسم صادرات وواردات الأدوية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي فضلاً عن بنية التجارة الدوائية باستخدام قاعدة بيانات تجارة السلع الأساسية للأمم المتحدة على مستوى 3 أرقام من "المنتجات الطبية والصيدلانية، باستثناء الدواء 542" (مجموعة SITC 542).

قد أظهرت تجارة الأدوية العالمية اتجاهاً تصاعدياً خلال الفترة 2010-2014. بلغت قيمة الصادرات الدوائية العالمية 718 مليون دولار أمريكي في حين بلغت قيمة واردات الأدوية 4.8 مليار دولار أمريكي في عام 2014. مع ذلك، مثل الإنتاج فتجارة الأدوية أيضاً ظلت تتركز بشكل كبير في البلدان المتقدمة التي تمثل نحو 61 في المائة من الصادرات العالمية واستيعابها لما يقرب من 57 في المائة من واردات الأدوية في عام 2014. كمجموعة، فإن البلدان المتقدمة هي المصدر الصافي للمنتجات الصيدلانية في حين أن البلدان النامية هي المستورد الصافي.

كونها جزءاً كبيراً من البلدان النامية، فإن الغالبية العظمى من دول منظمة التعاون الإسلامي هي مستورد صاف للمستحضرات الصيدلانية وما زال نصيبها في التجارة الدوائية العالمية منخفض للغاية. كما هو مبين في الشكل 3.5، شهدت الصادرات الدوائية لمنظمة التعاون الإسلامي اتجاهاً متزايداً خلال الفترة 2010-2014، حيث بلغت 0,7 مليار دولار أمريكي في عام 2014 مقارنة بمبلغ 0.5 مليار دولار أمريكي في عام 2010، أي بزيادة قدرها 40 في المائة. خلال نفس الفترة، دول منظمة التعاون الإسلامي كمجموعة شكلت، في المتوسط، نحو 1 في المائة من البلدان النامية، حوالي 0.3 في المائة من إجمالي الصادرات الدوائية العالمية. بشكل عام، ظلت الصادرات الدوائية لمنظمة التعاون الإسلامي تتركز بشكل كبير في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (MENA) وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (SSA)، التي تمثل 38 في المائة و 33 في المائة من إجمالي صادرات منظمة التعاون الإسلامي، على التوالي في عام 2014.

بتوفيرها للطاقة الإنتاجية الضعيفة والمحدودة فيما يتعلق بالدراية التكنولوجية، فإن الغالبية العظمى من دول منظمة التعاون الإسلامي غير قادرة على الإنتاج محلياً للكمية الكافية من الأدوية اللازمة لتلبية الاحتياجات المحلية. نتيجة لذلك، شهدت واردات الأدوية في منظمة التعاون الإسلامي اتجاهاً تصاعدياً وارتفعت من 4.5 مليار دولار أمريكي في عام 2010 إلى 6 مليار دولار أمريكي في عام 2013 قبل أن تنخفض إلى 4.8 مليار دولار أمريكي في عام 2014. بالمقارنة مع صادرات الأدوية، فإن حصة منظمة التعاون الإسلامي في البلدان النامية و مجموع واردات الأدوية العالمية ظلت أعلى من ذلك بكثير. في المتوسط، شكلت دول منظمة التعاون الإسلامي حوالي 9 في المائة من مجموع البلدان النامية و 2 في المائة من إجمالي واردات الأدوية عالمياً خلال 2010-2014. ظلت واردات منظمة التعاون الإسلامي من المنتجات الصيدلانية تتركز بشكل كبير في منطقة الشرق الأوسط وأفريقيا جنوب الصحراء، التي تمثل 36 في المائة و 32 في المائة من إجمالي واردات منظمة التعاون الإسلامي، على التوالي في عام 2014.

الشكل 3.5: التجارة الصيدلانية لمنظمة التعاون الإسلامي



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة على أساس قاعدة بيانات COMTRADE على الإنترنت

تتركز صادرات الأدوية من دول منظمة التعاون الإسلامي إلى حد كبير في عدد قليل منها حيث بلغت فقط 10 دول لمنظمة التعاون الإسلامي لأكثر من 67 في المائة من إجمالي الصادرات الدوائية لمنظمة التعاون الإسلامي في عام 2014 (الجدول 1). ظلت بروناي هي أكبر دولة مصدرة للأدوية في منظمة التعاون الإسلامي مع صادرات بقيمة 243 مليون دولار أمريكي، والتي تشكل 23 في المائة من إجمالي الصادرات الدوائية لمنظمة التعاون الإسلامي في عام 2014. من بين المصدرين العشرة الأوائل في منظمة التعاون الإسلامي نجد أن الدول الخمس الأولى تتمثل في بروناي وتركيا وماليزيا ومصر والأردن بنسبة 65 في المائة من إجمالي الصادرات الدوائية لمنظمة التعاون الإسلامي في عام 2014.

الجدول 1.5: أعلى عشر دول مصدرة ومستوردة للأدوية في منظمة التعاون الإسلامي ، 2014

الترتيب	البلد	الصادرات (مليون دولار أمريكي)	الحصة في إجمالي منظمة التعاون الإسلامي
1	روني	243	23 في المائة
2	تركيا	221	21 في المائة
3	ماليزيا	149	14 في المائة
4	مصر	57	5 في المائة
5	الأردن	16	2 في المائة
6	باكستان	14	1 في المائة
7	كازاخستان	7	1 في المائة
8	السنغال	3	0 في المائة
9	سلطنة عمان	2	0 في المائة
10	الكاميرون	1	0 في المائة

الترتيب	البلد	الصادرات (مليون دولار أمريكي)	الحصة في إجمالي منظمة التعاون الإسلامي
1	تركيا	1770	36 في المائة
2	الجزائر	557	11 في المائة
3	باكستان	544	11 في المائة
4	مصر	463	9 في المائة
5	ماليزيا	419	9 في المائة
6	كازاخستان	324	7 في المائة
7	الكويت	210	4 في المائة
8	الأردن	114	2 في المائة
9	سلطنة عمان	95	2 في المائة
10	قطر	85	2 في المائة

المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة على أساس قاعدة بيانات COMTRADE على الإنترنت

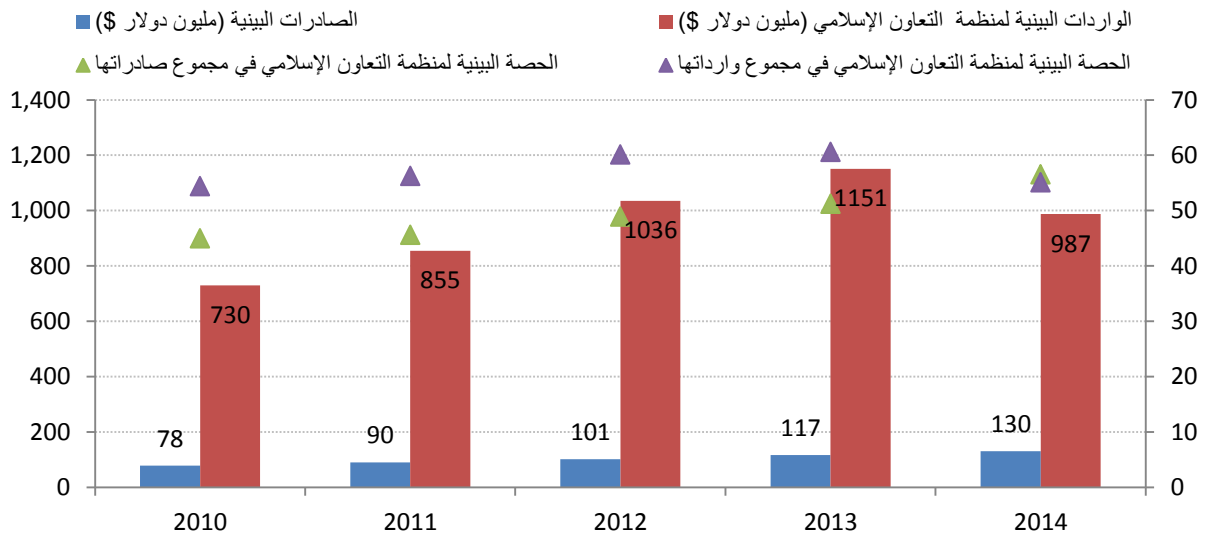
يمكن ملاحظة اتجاه مماثل في حالة الواردات أيضاً. في عام 2014، شكل أكبر 10 مستوردين لأكثر من 93 في المائة من إجمالي واردات الأدوية في منظمة التعاون الإسلامي (الجدول 1.5). ظلت تركيا المستورد الأعلى للأدوية مع واردات بلغت 1770 مليون دولار أمريكي والتي تشكل 36 في المائة من إجمالي واردات الأدوية في منظمة التعاون الإسلامي في عام 2014. من بين أكبر 10 مستوردين، شكلت أكبر خمسة مستوردين وهم تركيا الجزائر وباكستان ومصر وماليزيا لأكثر من 76 في المائة من إجمالي واردات الأدوية في منظمة التعاون الإسلامي في عام 2014.

التجارة الدوائية البينية في منظمة التعاون الإسلامي

على الصعيد البيني لادخلي لمنظمة التعاون الإسلامي، زاد حجم التجارة البينية للأدوية من 808 مليون دولار أمريكي في عام 2010 إلى 1117 مليون دولار أمريكي في عام 2014. كما هو مبين في الشكل 4.5، أظهرت صادرات الأدوية البينية اتجاهًا تصاعدياً خلال الفترة 2010-2014 وزادت من 78 مليون دولار أمريكي إلى 130 دولار أمريكي. في المتوسط، شكلت الصادرات البينية للنصف من إجمالي صادرات الأدوية في منظمة التعاون الإسلامي في هذه الفترة. مع ذلك ظلت الصادرات الدوائية البينية تتركز بشكل كبير في عدد قليل من بلدان منظمة التعاون الإسلامي. نشأت أكثر من نصف صادرات الأدوية البينية من أربع دول هي تركيا وماليزيا والأردن ومصر في عام 2014.

خلال الفترة نفسها، أظهرت واردات الأدوية البينية أيضاً اتجاهًا تصاعدياً مع حصة بلغت أكثر من نصف إجمالي واردات الأدوية في منظمة التعاون الإسلامي. هذا يشير إلى أن العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي تعتمد بشكل كبير على الدول غير التابعة لمنظمة التعاون الإسلامي لتحقيق مطلبها الدوائي المحلي (الشكل 4.5). تم استيراد أكثر من نصف واردات الأدوية البينية من قبل ثلاثة دول أعضاء فقط، وهي المملكة العربية السعودية وماليزيا وتركيا في عام 2014.

الشكل 4.5: التجارة الدوائية البينية في منظمة التعاون الإسلامي



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة على أساس قاعدة بيانات COMTRADE على الإنترنت

2.5 اللقاحات

تمت السيطرة على صناعة اللقاحات العالمية من خلال عدد قليل من الشركات متعددة الجنسيات. مع ذلك، الشركات في الصين والهند وغيرها من الاقتصادات الناشئة أصبحت مؤخراً من صانعي اللقاحات الكبرى وبدأت ببيع اللقاحات في الأسواق الدولية. لسنوات عديدة، اتسم قطاع اللقاح بفرض ضوابط الأسعار الحكومية، مجموعة المنتجات الناضجة بناءً على مجموعة محدودة من التكنولوجيات. هذه الخصائص قيدت مستوى الاستثمار ووتيرة ناتج الابتكار التكنولوجي. لكن في السنوات الأخيرة، حيث تم إدخال لقاحات جديدة لتحل محل التقنيات القديمة وتحدد مجالات جديدة للأمراض، تحسنت بيئة التسعير.

1.2.5 الإنتاج

زاد سوق اللقاحات العالمي من 5 مليار دولار أمريكي في عام 2000- إلى 24 مليار دولار أمريكي في عام 2013 ويتوقع أن يرتفع إلى 100 مليار دولار أمريكي بحلول عام 2018. إنها سوق سريعة النمو مع معدل نمو سنوي بحوالي 10-15 في المائة. حالياً، يمثل سوق اللقاحات حوالي 2-3 في المائة من السوق الدوائية العالمية (منظمة الصحة العالمية، 2013). على الصعيد العالمي، تتركز بشكل كبير مبيعات اللقاحات في البلدان المتقدمة التي تمثل أكثر من 80 في المائة من إجمالي المبيعات من حيث القيمة. يعتبر تصنيع اللقاح عملاً معقداً جداً ويرجع ذلك أساساً إلى العوائد الضعيفة على الاستثمار والمخاطر العالية في مرافق البحث والتطوير. بصورة جزئية وبناءً على هذه العوامل فإنه على الرغم من الزيادة في الطلب على اللقاح، انخفض عدد الدول المنتجة للقاح من 63 في 1990-44 في عام 2010. واليوم، فإن البلدان النامية الناشئة هي المنتج الأكبر للقاحات. اعتباراً من عام 2013، أكثر من 70 في المائة من الطلب العالمي على اللقاح تم استيفاؤه بواسطة ثلاث دول فقط هي: الصين والهند واندونيسيا (منظمة الصحة العالمية، 2013).

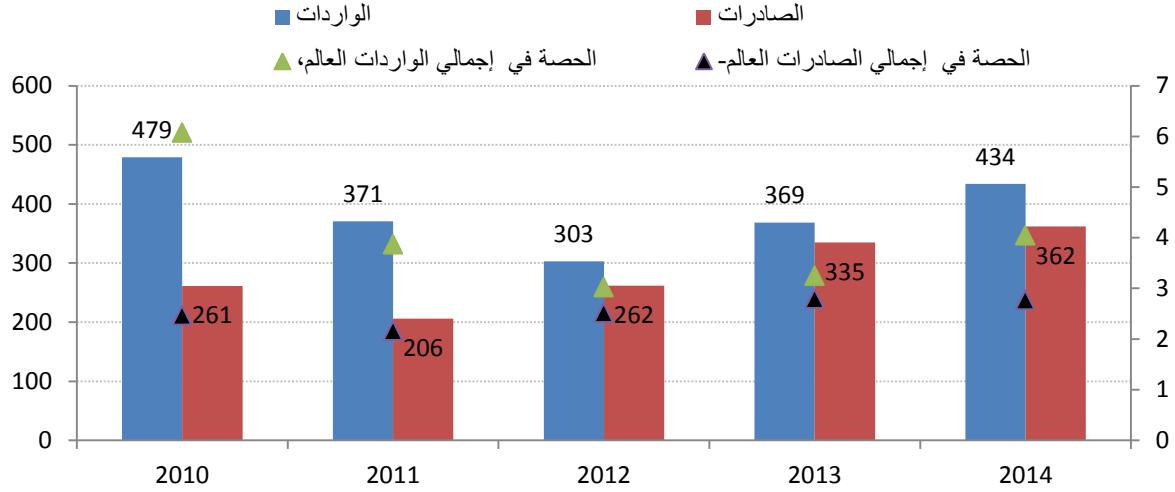
اللقاحات ظلت بطاقة الإنتاجية منخفضة جداً في جميع أنحاء دول منظمة التعاون الإسلامي. وفقاً لأحدث التقديرات، اثنين فقط من دول منظمة التعاون الإسلامي وهي: إندونيسيا وإيران لديها قدرات التصنيع الجيدة في حين يتميز منتجي اللقاحات الآخرين مثل السنغال وأوزبكستان وبنغلاديش وتونس ومصر بالطاقات الإنتاجية المنخفضة. ظلت اندونيسيا بأداء جيد مع حصة 10 في المائة من إنتاج اللقاحات العالمي وهي ثالث أكبر منتج للقاح بعد الصين والهند.

2.2.5 التجارة

بينما ظل إنتاج اللقاح محدود جداً في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، فهي تعتمد اعتماداً كبيراً على الواردات. تم استخدام (مجموعة التصنيف الموحد 5416) من أجل تحليل تجارة اللقاح في منظمة التعاون الإسلامي في قاعدة بيانات إحصاءات تجارة السلع الأساسية للأمم المتحدة على مستوى 4 أرقام من "الأمصال المضادة واللقاحات والمنتجات المماثلة للجليكوسيدات :: الغدد أو غيرها من الأجهزة ومستخلصاتها". بين عامي 2010 و 2014، أظهرت صادرات منظمة التعاون الإسلامي للقاحات اتجاهاً تصاعدياً من 261 مليون دولار أمريكي في عام 2010 إلى 362 مليون دولار أمريكي في عام 2014 مع حصة تتراوح بين 2 في المائة و 3 في المائة من المجموع العالمي. من ناحية أخرى،

انخفضت واردات منظمة التعاون الإسلامي لللقاحات من 479 مليون دولار أمريكي في عام 2010 إلى 434 مليون دولار أمريكي في عام 2014 (الشكل 5.5).

الشكل 5.5: تجارة اللقاحات في منظمة التعاون الإسلامي



المصدر: حسابات موظفي مركز أنقرة على أساس قاعدة بيانات COMTRADE على الإنترنت

تظهر دول منظمة التعاون الإسلامي بنية متجانسة من حيث شراء اللقاحات. البلدان المنخفضة الدخل، من خلال التحالف العالمي للقاحات والتحصين (GAVI)، والدول ذات الدخل المرتفع مثل دول الخليج نجحت في الحصول على لقاحات جديدة. على العكس من ذلك، فإن البلدان المتوسطة الدخل تعاني من مصاعب مالية وتشغيلية لإدخال لقاحات جديدة. من بين عوامل أخرى، عدم وجود أموال كافية وارتفاع الأسعار السائد تشكلان عقبتين رئيسيتين للحصول على لقاحات جديدة. بالإضافة إلى توفير اللقاحات وبرامج التحصين الوطنية المعنية بجودة وسلامة التطعيم من خلال تبني التقنيات الآمنة للحقن (أدوات الحقن التلقائي، صناديق التخزين، المحارق) وسلسلة التبريد السليم وصيانة مخزون اللقاح.

يتم تصنيف بلدان منظمة التعاون الإسلامي في مجموعتين وفقاً لمصدر اللقاحات التي يتم استخدامها في البرنامج الموسع للتحصين (EPI). تتكون المجموعة الأولى من 31 دولة في منظمة التعاون الإسلامي تحصل على مصادر اللقاحات عن طريق اليونيسيف والتحالف العالمي للقاحات والتحصين (GAVI) مثل أفغانستان، بنغلاديش، بنين، بوركينا فاسو، الكاميرون، تشاد، وجزر القمر. تشير المجموعة الثانية لبلدان منظمة التعاون الإسلامي التي تحصل على اللقاحات مباشرة من الشركات المصنعة مثل البحرين، الكويت، إيران، العراق، الأردن، ليبيا، عمان وفلسطين وقطر.

3.5 التقنيات الطبية

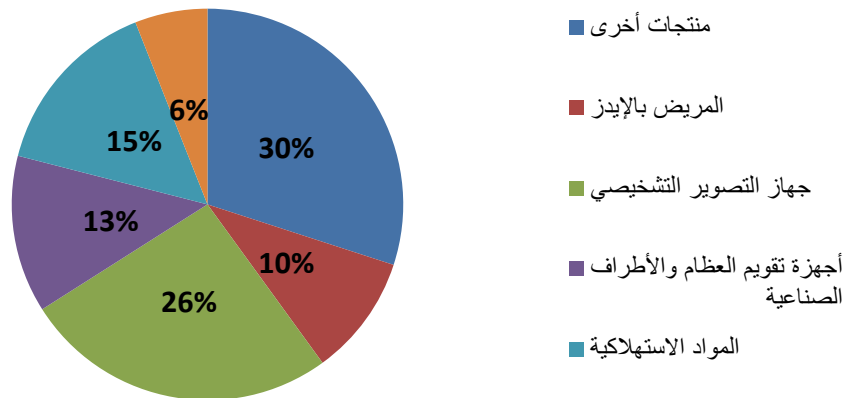
التكنولوجيات الصحية، خاصة تلك التي تتعامل مع الأجهزة الطبية، هي أساسية للخدمات المقدمة في مجالات الوقاية والتشخيص والعلاج من المرض، والعجز. توجد عدة تعريفات للتكنولوجيات الصحية. وفقاً للمبادرة العالمية لتقنيات الصحة، التكنولوجيات الصحية تشير إلى تطبيق المعرفة والمهارات المنظمة في شكل أجهزة والإجراءات والنظم التي وضعت لحل مشكلة صحية وتحسين نوعية حياة.

يهدف هذا القسم إلى تقديم حالة تطوير برنامج التكنولوجيا الصحية المخصصة للأجهزة الطبية في السوق العالمية ودول منظمة التعاون الإسلامي باستخدام المسح الأساسي على صعيد البلدان على الأجهزة الطبية الذي أجرته منظمة الصحة العالمية بين عامي 2010 و 2013.

1.3.5 سوق الأجهزة الطبية

الأجهزة طبية تشير إلى مقال، أداة، الأجهزة أو الجهاز الذي يستخدم في الوقاية والتشخيص أو العلاج من المرض، أو للكشف والقياس، واستعادة وتصحيح أو تعديل هيكل أو وظيفة الجسم لبعض الأغراض الصحية. هناك ما يقرب من 10000 نوع من مجموعات الأجهزة الطبية العامة المتاحة من خلال الأسواق العالمية. كما هو مبين في الشكل 6.5، شكلت معدات التصوير التشخيصي لأكثر نسبة (26 في المائة) من السوق العالمية، الأجهزة الكهربائية الطبية الأخرى مثل الشاشات وأجهزة تنظيم ضربات القلب، بما في ذلك التعقيم نحو 30 في المائة تليها المواد الاستهلاكية (15 في المائة) وجراحة العظام كما كذلك الأجهزة التعويضية (13 في المائة). في عام 2014، قدرت سوق الأجهزة الطبية العالمية بحوالي 361 مليار دولار أمريكي. مع متوسط النمو 3 في المائة، فإن سوق الأجهزة الطبية العالمية سيصل إلى 427 مليار دولار أمريكي في عام 2018. سوق "بقية العالم" (جميع المناطق خارج الولايات المتحدة، وأوروبا، وآسيا) يمثل خمس سوق الأجهزة العالم.

الشكل 6.5: سوق الأجهزة الطبية العالمي، حسب القطاع، 2010



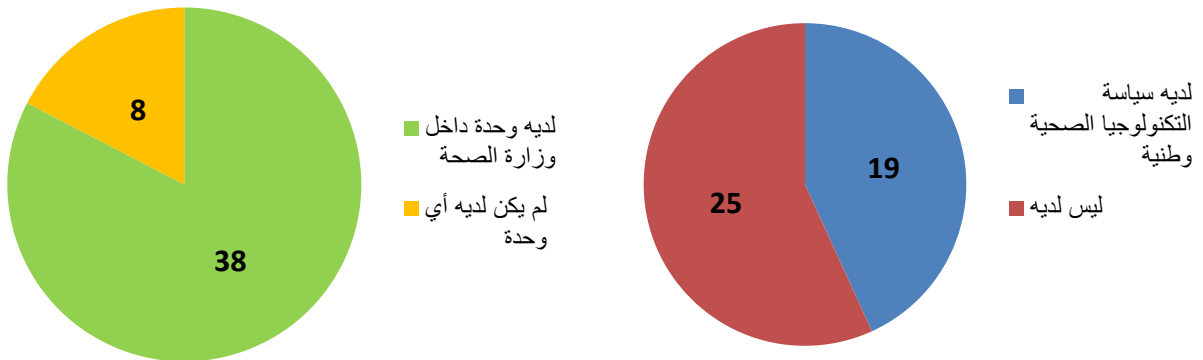
المصدر: منظمة الصحة العالمية، أطلس العالمية للأجهزة الطبية، 2013

2.3.5 سياسات التكنولوجيا الصحية

يمكن لوجود سياسة التكنولوجيا الصحية الوطنية (الجهاز الطبي) المساعدة في ضمان الاستخدام الأمثل للموارد وفقاً لاحتياجات السكان. في عام 2013، 19 من أصل 44 دولة في منظمة التعاون الإسلامي (43 في المائة) لديها سياسة وطنية للتكنولوجيا الصحية. من ناحية أخرى، 25 من أصل 44 دولة في منظمة التعاون الإسلامي (57 في المائة) لا تملك مثل هذه السياسة. تعتبر هذه النسبة مرتفعة مقارنة مع متوسط الدول المتقدمة بنسبة 44.8 في المائة، والمتوسط العالمي البالغ 52 في المائة. بنين، الأردن، المغرب، عمان، قطر والمملكة العربية السعودية لديها سياسة وطنية للتكنولوجيا الصحية ولكنها ليست جزءاً من برنامج / خطة أو سياسة لصحة الوطنية.

يمكن للوحدات في وزارة الصحة إجراء تقييم للتكنولوجيا الصحية، التخطيط، وحيازة أو استخدام أو أي نوع آخر من مهام إدارة الأجهزة الطبية ذات الصلة. في عام 2013، 38 من أصل 46 دولة في منظمة التعاون الإسلامي (82 في المائة) لديها مثل هذه الوحدة في وزارة الصحة. هذا الوضع يشير إلى أنه على الرغم من أن العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي لديها الوحدات المسؤولة عن إدارة الأجهزة الطبية، فليس لديها سياسة وطنية للأجهزة الطبية، مما يعني أن هذه الوحدات في وزارة الصحة ليست فعالة (مركز أنقرة، 2014). بعبارة أخرى، يجب على من يقومون بالتخطيط الصحي الوطني في العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي الاعتراف بمفاهيم مثل تقييم وإدارة التكنولوجيا الصحية. وعلاوة على ذلك، 8 من أصل 46 دولة في منظمة التعاون الإسلامي مثل بنغلاديش، بوركينا فاسو وتشاد وجزر القمر ليس لديها أي وحدة (الشكل 7.5).

الشكل 7.5: سياسة التكنولوجيا الصحية الوطنية ووحدة وزارة الصحة في دول منظمة التعاون الإسلامي، 2013



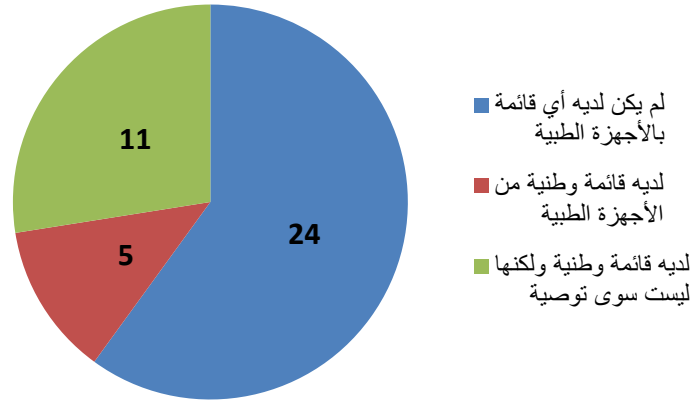
المصدر: منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

قوائم الأجهزة الطبية المعتمدة

توافر قائمة وطنية من الأجهزة الطبية المعتمدة للشراء أو السداد هو واحد من المؤشرات الواردة في الهدف الاستراتيجي لمنظمة الصحة العالمية 11 الذي يدعو إلى تحسين فرص الحصول على منتجات الرعاية الصحية الآمنة والفعالة والتكنولوجيات. في عام 2013، 24 من أصل 41 دولة في منظمة التعاون الإسلامي، التي توفرت حولها

البيانات، لم يكن لديها أي قائمة وطنية للأجهزة الطبية المعتمدة للشراء أو السداد. الأردن ومالي وطاجيكستان وتركيا وأوغندا لديها قائمة وطنية من الأجهزة الطبية المعتمدة للشراء أو السداد. من ناحية أخرى، في عام 2013، 11 من أصل 41 دولة في منظمة التعاون الإسلامي لديها قائمة وطنية ولكنها ليست سوى توصية (الشكل 8.5).

الشكل 8.5: قوائم الأجهزة الطبية في دول منظمة التعاون الإسلامي، 2013

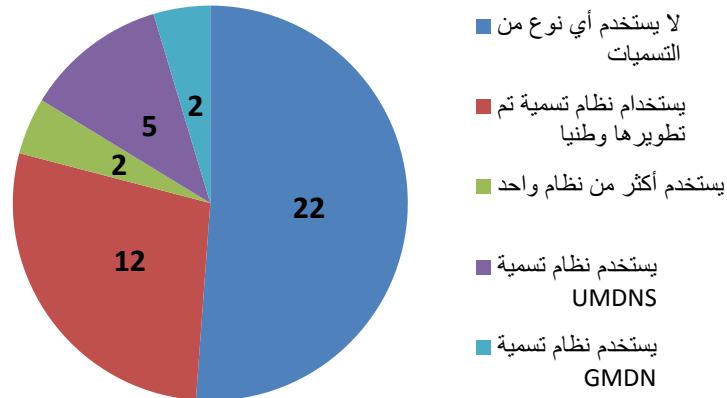


المصدر: منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

التسمية الرسمية للمستلزمات الطبية

نوع نظام التسمية للأجهزة الطبية داخل البلاد يشير إلى العديد من أنظمة التسميات على الأجهزة الطبية التي تسهل التصنيف والتنظيم والإدارة الأفضل. بيانات المسح الذي أجرته منظمة الصحة العالمية يقدم معلومات عن استخدام هذه النظم ويساعد على تحديد الحاجة إلى التسميات. في عام 2013، 22 من أصل 43 دولة في منظمة التعاون الإسلامي لا تستخدم أي نوع من التسميات. مع ذلك، 12 من أصل 43 دولة في منظمة التعاون الإسلامي مثل ألبانيا ومصر وكازاخستان وتركيا وتونس وأوغندا شهدت تطوراً في استخدام نظام التسمية على الصعيد الوطني. غامبيا وإندونيسيا اعتمدت في نظام التسميات لديها على أكثر من نظام واحد. الأردن وقرغيزستان والمغرب وقطر والسودان استخدمت نظام التسمية على أساس نظام تسميات الأجهزة الطبية العالمي (UMDNS). وعلاوة على ذلك، طاجيكستان، وماليزيا استخدمت نظام التسمية لديها على أساس جدول التعريف للأجهزة الطبية العالمي (GMDN). من ناحية أخرى، 6 فقط من أصل 43 دولة في منظمة التعاون الإسلامي، وهم ألبانيا وليبيا والسعودية والسنغال والسودان وطاجيكستان استخدمت التسميات للأغراض التنظيمية للمشتريات أو المخزون.

الشكل 9.5: المسميات للمستلزمات الطبية في دول منظمة التعاون الإسلامي، 2013



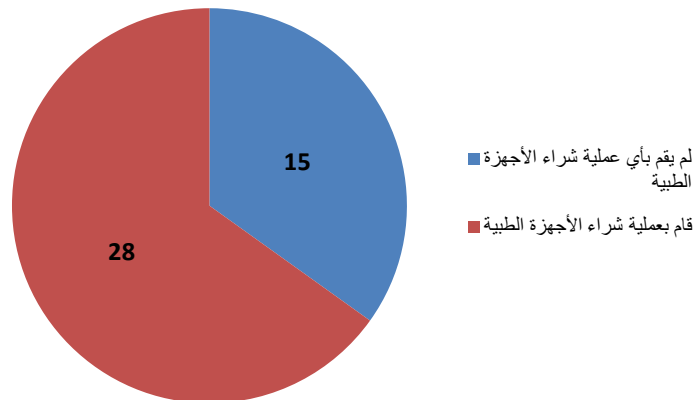
المصدر: منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

شراء الأجهزة الطبية

شراء الأجهزة الطبية الذي تم تنفيذه على المستوى الوطني هو الطريقة التي تجلب بها البلدان الأجهزة الطبية إما على المستوى الوطني أم لا. انها تسمح للبلدان على وضع بيانات محددة عن الشراء. الإفراط في المعروض من المنتجات المشتراة يؤدي إلى تصاعد تكاليف التسليم، وعدم الانصاف بين السكان (منظمة الصحة العالمية / المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، 2012). 15 من أصل 43 دولة في منظمة التعاون الإسلامي توفرت حولها البيانات، لم يتم إجراء شراء الأجهزة الطبية لديها على المستوى الوطني (الشكل 10.5).

علاوة على ذلك، التوجيه الوطني أمر لا غنى عنه لتوزيع الموارد في السياق المحلي. المبادئ التوجيهية والسياسات أو توصيات الوطنية بشأن شراء أجهزة طبية مهمة للتخصيص الأمثل للموارد وعملية الشراء للأجهزة الطبية. 22 من أصل 43 دولة في منظمة التعاون الإسلامي توفرت حولها البيانات، لم يكن لديها أية مبادئ توجيهية لشراء الأجهزة الطبية.

الشكل 10.5: شراء الأجهزة الطبية في دول منظمة التعاون الإسلامي، 2013

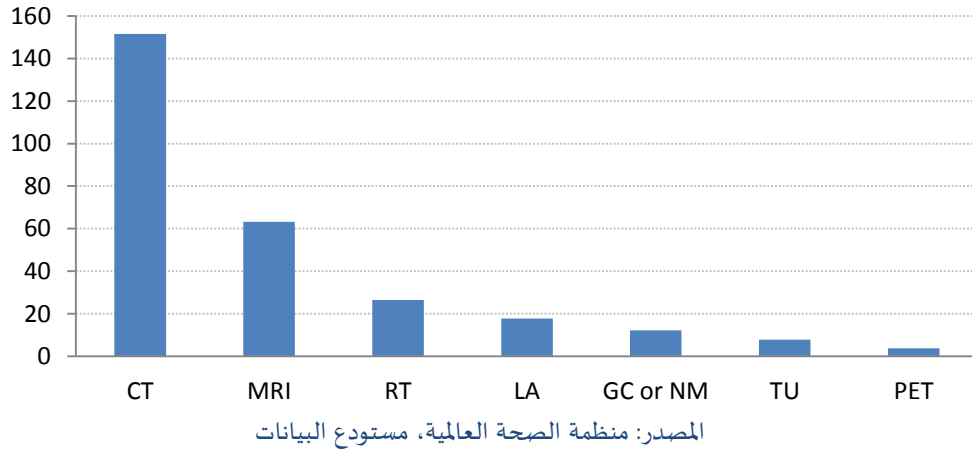


المصدر: منظمة الصحة العالمية، مستودع البيانات

توافر الأجهزة الطبية

في مجال التكنولوجيا العالية العام المعدات المتخصصة أقل توافراً في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. في عام 2013، وحدات التصوير المقطعي (CT) والمسح الضوئي للقطاعين العام والخاص تمثل أعلى كثافة للأجهزة الطبية بين دول منظمة التعاون الإسلامي مع 151 جهاز تصوير مقطعي لكل مليون شخص (الشكل 11.5). يتم اتباع كثافة وحدات التصوير المقطعي بواسطة التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI)، وحدة العلاج الإشعاعي (RT)، المسرع الخطي (LA)، كاميرا غاما أو الطب النووي (GC أو NM) وحدة التلييكوبات (TU)، التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET) مع الفارق بين 3 و 63 وحدة لكل مليون شخص في دول منظمة التعاون الإسلامي (الشكل 11.5).

الشكل 11.5: كثافة الأجهزة الطبية في دول منظمة التعاون الإسلامي، 2013، (لكل مليون شخص)



تواجه دول منظمة التعاون الإسلامي مجموعة واسعة من حالات الطوارئ الناجمة عن المخاطر المختلفة والصراعات مع اختلاف الحجم والتعقيد والنتائج. يمكن لهذه الحالات الطارئة أن يكون لها التأثيرات الصحية، السياسية والإقتصادية والاجتماعية العامة، مع العواقب المحتملة على المدى الطويل. سواء كانت نتيجة للكوارث الطبيعية والصراعات وتفشي الأمراض أو أية أخطار أخرى، يمكن للأزمات أن تضعف النظم الصحية والبنى التحتية الصحية والضرر وإبادة عقود من المكاسب الصحية. الوقاية بشكل فعال، وإعداد الاستجابة لحالات الطوارئ، من بين أهم التحديات التي تواجه بلدان منظمة التعاون الإسلامي وكذلك المجتمع الدولي.

وفقاً للبنك الدولي، يعيش أكثر من 1.5 مليار نسمة في البلدان المتضررة من الصراعات العنيفة (البنك الدولي، 2011). هؤلاء السكان يعانون من عواقب الاضطراب المجتمعي وزيادة في معدل الوفيات والمرضاة الناجمة عن الأمراض المعدية وسوء التغذية الحاد والصدمة والمضاعفات الناجمة عن الأمراض المزمنة. من بين 10 بلدا ذات أعلى نسب لوفيات الأمهات، 9 منها عانت من الصراعات في الآونة الأخيرة (اليونيسيف، 2011). في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، تأثر أكثر من 468 مليون شخص من 2,254 من الكوارث الطبيعية (يرجع ذلك أساساً إلى الفيضانات والأوبئة والزلازل والعواصف) سجلت خلال 1990-2014 حوالي 677,000 شخصاً قتلوا بسبب هذه الكوارث. يمكن تجنب الكثير من الآثار إذا تم إتخاذ الإجراءات المناسبة للحد من مواطن الضعف في المجتمعات المحلية. بالمثل، شهدت 53 دولة في منظمة التعاون الإسلامي الصراعات بطريقة أو بأخرى خلال العقود الماضية مع أكثر من 3 ملايين حالة وفاة والملايين من النازحين (مركز أنقرة، 2014).

من الواضح أن الكوارث الطبيعية والنزاعات غالباً ما تؤثر تأثيراً كبيراً على صحة الناس. كل الكوارث تختلف بسياتها، حتى الآن العديد لديه نقاط ضعف متماثلة في القطاع الصحي. من خلال دمج أساليب إدارة الكوارث المشتركة والسياسات في النظام الصحي، يمكن تعزيز قدرة النظام الصحي والناس. كان التركيز التقليدي للقطاع الصحي على الاستجابة لحالات الطوارئ. يبقى التحدي قائماً لتوسيع وجهات النظر بشأن إدارة مخاطر الطوارئ والكوارث الصحية (EDRMH) من الاستجابة والتعافي للوقاية والتخفيف من آثارها، مع تفعيل مواصلة تحسين القدرات المحلية والوطنية للاستجابة والانتعاش في الوقت المناسب.

أحرزت بعض دول منظمة التعاون الإسلامي تقدماً في إدارة مخاطر الكوارث والاستجابة الصحية المرتبطة بها، ولكن تظل قدرات البلدان متغيرة للغاية. ضعف أنظمة الإدارة الصحية ومخاطر الكوارث (DRM)، واستمرار انعدام الأمن بسبب النزاعات وانعدام فرص الحصول على الموارد والتكنولوجيا هي من بين العوامل الرئيسية التي تؤثر على القدرات. وفقاً لمنظمة الصحة العالمية (2008)، كان فقط لأقل من 50 في المائة من البلدان ميزانية محددة للاستعداد للطوارئ والاستجابة لها.

على هذه الخلفية، يركز هذا القسم على احتياجات الاستجابة الصحية الطارئة والقدرات في دول منظمة التعاون الإسلامي. فهو يسلط الضوء أولاً على أهمية تعزيز قدرات النظام الصحي لإدارة الطوارئ، ومن ثم يحاول تقييم القدرات الموجودة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. نظراً لمحدودية المعلومات عن قدرات الاستجابة الصحية، لا يمكن تقديم تقييم شامل. ينتهي هذا القسم مع بعض المعلومات الموجزة عن الوضع الصحي الراهن في البلدان المتضررة من النزاع في منظمة التعاون الإسلامي.

1.6 الحاجة إلى تعزيز قدرات النظام الصحي لإدارة الطوارئ

أعظم نقطة ضعف في أي بلد في حالة الطوارئ هو صحة ورفاه الشعب والمجتمعات. يمكن للكوارث والصراعات وضع استمرارية واستدامة خدمات القطاع الصحي في خطر، وتدمير عدة سنوات من تطوير القطاع الصحي. لا أحد يرغب في رؤية الخدمات الصحية مهدمة أو متخلفة بشكل ملحوظ عندما تكون هناك حاجة إليها أكثر من غيرها. إدارة الطوارئ ومخاطر الكوارث الصحية (EDRMH) تتطلب تقييم منهجي للمخاطر على الصحة العامة الناجمة عن المخاطر. الوقاية والتخفيف من تلك المخاطر. الإستعداد لحالات الطوارئ مع الخطط الشاملة، متعددة القطاعات مع التشريعات المناسبة والسياسات الداعمة، بناء القدرات؛ الإستجابة السريعة والفعالة في حال وقوع كارثة. التخطيط للتعافي بعد الكوارث "إعادة البناء بشكل أفضل" (منظمة الصحة العالمية، 2015). إذا كان إدارة الطوارئ ومخاطر الكوارث الصحية فعالة، فإن العديد من الوفيات والإصابات والأمراض والإعاقات والمشاكل النفسية والآثار الصحية الأخرى يمكن تجنبها أو خفضها بصورة كبيرة. مع ذلك، كل تهديد جديد يكشف عن استمرار التحديات في إدارة المخاطر الصحية في أوقات الطوارئ والكوارث. يمكن للعديد من البلدان الحد من الضعف وحماية المرافق الصحية من خلال تعزيز قدرة النظم الصحية على مستوى المجتمع المحلي.

اثنين من الكوارث الكبرى الأخيرة، الفيضانات في باكستان والجفاف في الصومال، تظهر الحاجة إلى تعزيز النظم الصحية. خلال يوليو-أغسطس عام 2010، ضربت الفيضانات باكستان وأثرت على 20 مليون شخص. تم تدمير المرافق الصحية في المناطق المتضررة من الكوارث وخلق تحديات هائلة في الخدمات الصحية العامة. مع ذلك، سمح الاستثمار السابق في إدارة مخاطر الكوارث في منطقة البنجاب الجنوبية بالإجلاء الفعال وإنقاذ العديد من الأرواح. للمجاعة في القرن الأفريقي في عام 2011 أثر مماثل على حوالي 10 مليون شخص في المنطقة. أشعلت الحركة تحديات الصحة العامة التي تواجهها في هذه المناطق بسبب النظم الصحية ضعيفة النمو ونقص القدرات والتأهب للكوارث. المياه والصرف الصحي والمأوى وسوء التغذية الحاد، المراقبة لتفشي الأمراض والأوبئة والتطعيم ضد

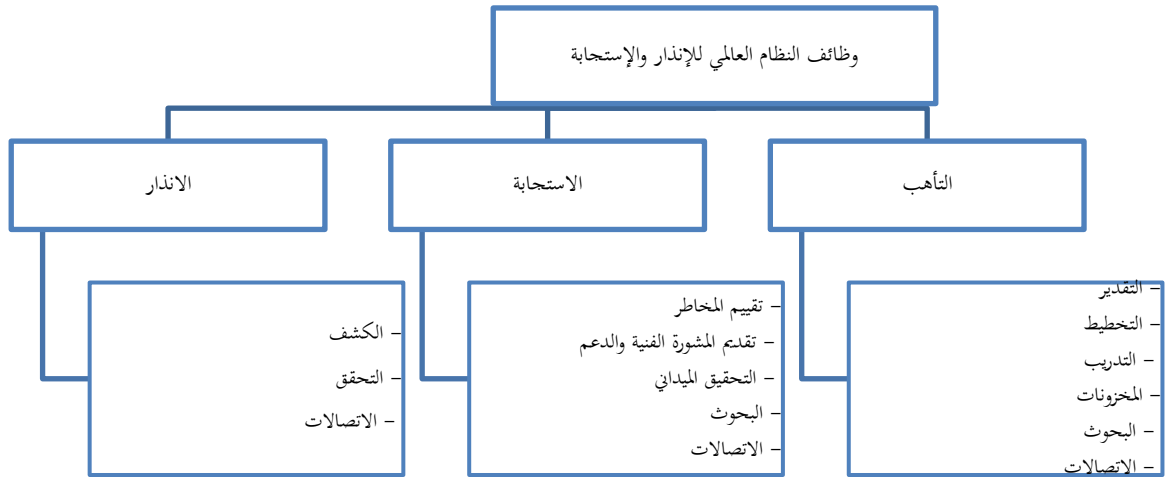
الأمراض يمكن الوقاية منها، التنسيق المشترك بين الوكالات والموظفين المدربين تدريباً جيداً للتصدي لهكذا حالات كانت كل هذه التحديات الأولويات العاجلة ولكن تم تمويلها بشكل ضئيل (بينتون وآخرون 2012). كل ما ذكر يعكس الأبعاد المختلفة للنظم الصحية الطارئة التي تحتاج إلى تواجدها عند الكوارث

توفر أنظمة الرعاية الصحية القدرات الأساسية لإدارة مخاطر الطوارئ الصحية. في البلدان التي تعاني من الأزمات، محدودة الخدمات الصحية الأساسية والبنية التحتية تكثف بشدة تحديات الاستجابة للكوارث. البلدان ذات النظم الصحية المتطورة غالباً ما تكون أكثر مرونة بكثير وأفضل استعداداً لمواجهة الكوارث. الرعاية الصحية الأولية تبني قدرة المجتمعات المحلية وتوفر الأساس للاستجابة لحالات الطوارئ. الإجراءات المجتمعية هي أيضاً حاسمة في حماية الصحة في حالات الطوارئ، لأنها تمنع المخاطر من المصدر باستخدام المعرفة للمخاطر المحلية وتجنب التعرض للمخاطر المحلية. لذلك، يمكن للمجتمع أن يكون مستعداً بشكل جيد ومنظم للحد من المخاطر والآثار المترتبة على حالات الطوارئ وإنقاذ العديد من الأرواح (منظمة الصحة العالمية، 2013).

من أجل تطوير أنظمة رعاية صحية متكيفة ومرنة فإن المرونة والاستقرار للخدمات يعتبر بالغ الأهمية. يجب أن تكون الأنظمة جاهزة للتعامل مع عدد كبير من المرضى وتقديم وظائف مختلفة في وقت واحد. يجب أن تكون هناك خطط لاستمرارية الخدمات الصحية مع الخدمات ذات الأولوية المحددة وآلية تنسيق الاستجابة المصممة تصميمياً جيداً. وعلاوة على ذلك، ينبغي إعداد خطة عمل متعددة القطاعات لحماية الناس المتضررين في المحددات الأوسع للصحة مثل المياه والصرف الصحي والتغذية والأمن. لضمان استمرار تقديم الخدمات الصحية، والبنية الأساسية، مثل الاتصالات، الخدمات اللوجستية، إلى إمدادات الطاقة والمياه ينبغي أيضاً أن تكون محمية من خلال التنسيق بين القطاعات.

مصدر القلق الرئيسي بعد الأزمات هو تفشي المرض. بشكل عام، قد أدى الفقر والتضرر ونزوح السكان إلى تركيز البشر في الظروف التي تحبذ البؤر الإستيطانية الكبيرة. يتمثل التحدي في تعزيز الجهود العالمية لكشف واحتواء تهديدات الأمراض الوبائية. من أجل منع مثل هذا التفشي، وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، ينبغي وضع نظام الإنذار والاستجابة الشامل مع مكونات مختلفة بما في ذلك المراقبة والاستجابة والتقييم بعد وقوع الحدث (الشكل 1.6). تعتمد الشبكة المقترحة على شراكة تقنية فعالة من المؤسسات والشبكات الوطنية والدولية. في هذا الإطار، من المتوقع أن يتم الكشف عن الأهمية العالمية المحتملة للتفشي، اعتماداً والتحقق من الكفاءة والفعالية من قبل المجتمع الدولي، يتم زيادة مستوى استعداد الدول الفردية.

الشكل 1.6: إطار شبكة الاستجابة والإنذار العالمية



المصدر: منظمة الصحة العالمية، والإطار العالمي للإنذار بحدوث الأزمات والاستجابة لها. WHO / CDS / CSR / 2000.2.

1.1.6 تنسيق الخدمات الصحية في حالات الطوارئ

في التعامل مع حالات الطوارئ، فإن التنسيق الفعال للخدمات الصحية الطارئة يتطلب اهتماماً خاصاً، لا سيما عندما تكون هناك أنواع مختلفة من الوكالات الإنسانية الوطنية والدولية لتقديم المساعدات والخدمات. في هذا الصدد، فإن مجموعة الصحة العالمية (GHC) يمكن أن تكون مفيدة خصوصاً عند عجز القدرات الوطنية. النهج العنقودي هو وسيلة لتنظيم التنسيق والتعاون بين الجهات الإنسانية الفاعلة لتسهيل في التخطيط الاستراتيجي المشترك. تهدف مجموعة الصحة العالمية لبناء توافق في الآراء بشأن الأولويات الصحية الإنسانية وأفضل الممارسات ذات الصلة، وتعزيز القدرات على نطاق المنظومة لضمان استجابة فعالة ويمكن التنبؤ بها (منظمة الصحة العالمية، 2009).

على المستوى القطري، مجموعة الصحة العالمية قامت بتأسيس نظام واضح للقيادة والمساءلة عن الاستجابة الدولية في كل قطاع ويوفر إطاراً للشراكات الفعالة بين الجهات الإنسانية الفاعلة الدولية والوطنية في كل قطاع. فهو يقوي، بدلا من الإحلال، آليات التنسيق بين القطاعات الحالية. الهدف من ذلك هو التأكد من أن الاستجابات الدولية تتماشى بشكل مناسب مع الهياكل الوطنية وتسهيل الروابط القوية بين المنظمات الدولية والسلطات الوطنية والمجتمع المدني الوطني وغيرهم من أصحاب المصلحة. مجموعة الصحة العالمية تعمل على تمكين المنظمات من المشاركة في العمل معاً وتنسيق الجهود مع السلطات الصحية المحلية، الاندماج بشكل فعال في القضايا المتشعبة، واستخدام الموارد المتاحة بكفاءة في إطار متفق عليه من الأهداف والأولويات والاستراتيجيات. منظمة الصحة العالمية (2009) تسلط الضوء على المبادئ الأساسية للعمل الصحي الإنساني وكيفية التنسيق الجهود المشتركة بين الجهات الفاعلة في القطاع الصحي للعمل في شراكة يمكن أن تزيد من فعالية وكفاءة التدخلات

الصحية. سيكون من المفيد للبلدان منظمة التعاون الإسلامي التي تواجه مشاكل التنسيق الرئيسية في أوقات الأزمات التكيف مع النهج العنقودي للإدارة الفعالة للأزمة.

عدم وجود بيانات على الموارد الصحية المتاحة غالباً ما يخلق فجوة كبيرة في اتخاذ القرارات في حالات الطوارئ. نيكرسون وآخرون. (2015) يشير إلى أن تقييم مدى توفر وظائف الخدمات والمرافق الصحية ممكناً من الناحية التقنية في حالات الطوارئ، حتى في ظل الظروف الصعبة. في هذا الصدد، نظام توفر خرائط موارد الصحة (HeRAMS) لمنظمة الصحة العالمية يساعد على تعزيز ودعم الممارسة الجيدة للموارد والخدمات الصحية وتوفير الخرائط في حالات الطوارئ وذلك لتعزيز صنع القرار من قبل مجموعة الصحة. يهدف إلى ضمان إجراء هذا التقييم ورصد الموارد الصحية وتوافر الخدمات بصورة منتظمة وبسرعة على الرغم من محدودية الوقت والموارد وإمكانية الوصول. يعرض الجدول 1.6 المقدم من مجموعة الصحة العالمية مجموعة من المؤشرات الأساسية والمعايير في أربع فئات. تم تحديد هذه المؤشرات على أنها ضرورية للمراقبة في حالات الطوارئ لإدارة الطوارئ الصحية.

الجدول 1.6 : مجموعة الصحة العالمية المقترحة: مجموعة من المؤشرات الأساسية والمعايير حسب الفئة

الفئة	إسم المؤشر	المعايير
توفر الموارد الصحية	متوسط عدد السكان لكل مرافق صحي مفعّل (HF)، حسب نوع المرافق الصحية والوحدة الإدارية	حسب معايير إسفير SPHERE: 10,000 لكل عدد 1 وحدة صحية، 50000 لكل عدد 1 مركز صحي، 250000 لكل عدد 1 مستشفى ريفي / منطقة
	عدد المرافق الصحية مع رعاية الطوارئ التوليدية الأساسية / 500,000 من السكان، من خلال الوحدة الإدارية	$4 < \text{BEOC} / 500,000$
	عدد المرافق الصحية مع رعاية الطوارئ التوليدية الشاملة / 500,000 من السكان، من خلال الوحدة الإدارية	$1 < \text{CEOC} / 500,000$
	نسبة المرافق الصحية دون الخروج من مخزون الأدوية الأساسية المختارة في 4 مجموعات من الأدوية، من خلال الوحدة الإدارية	100 في المئة
	عدد أسرة المستشفيات لكل 10,000 نسمة (المرضى طرعى الفراش والأموعة)، من خلال الوحدة الإدارية	$10 <$
	نسبة المرافق الصحية مع توفر التدابير السريرية للناجين من الاغتصاب + وسائل منع الحمل الطارئ + PEP	100 في المئة
	عدد العاملين في مجال الصحة (طبيب + ممرض + القابلة) لكل 10,000 نسمة، من خلال الوحدة الإدارية (عدد العاملين / المرفق الصحي في المائة)	$22 <$
	عدد العاملين الصحيين المجتمعيين لكل 10,000 نسمة، حسب الوحدات الإدارية	$10 <$
	عدد مشورات العيادات الخارجية للشخص في السنة، من خلال الوحدة الإدارية	$1 < \text{زيارة جديدة} / \text{شخص سنوياً}$
	عدد المشاورات للطبيب، يومياً، من قبل الوحدة الإدارية	أقل من 50 / يوم للطبيب الواحد
تغطية الخدمات الصحية	تغطية التطعيم ضد الحصبة (6 أشهر - 15 سنوات)	$95 <$ في المئة في المخيمات أو المناطق الحضرية $90 <$ في المئة في المناطق الريفية
	تغطية الدفتريا، الحصبة والسعال الديكي لعمر > 1 سنة، من خلال الوحدة الإدارية	$95 <$ في المائة
	نسبة الولادات التي تتم بمساعدة قابلات مدربات	$90 <$ في المائة
	نسبة الولادات بعملية قيصرية، من خلال الوحدة الإدارية	$5 <$ في المائة و $\Rightarrow 15$ في المائة
	عدد الحالات أو المعدلات الإصابة لأمراض معينة ارتباطاً بالسياق المحلي (الكوليرا والحصبة والتهاب السحايا الحاد، وأنواع أخرى الأخر)	أنماط القياس
	عدد حالات أو حوادث العنف الجنسي	أنماط القياس
	حالة نسبة الوفيات من الأمراض الأكثر شيوعاً	أنماط القياس
	نسبة الوفيات	أنماط القياس
	عدد المقيولين في SFT و TFC	أنماط القياس
	نسبة / عدد الذين يعانون من سوء التغذية الحاد لعمر أقل من 5 سنوات وحالات SAM التي كشف عليها في العيادات الخارجية / الداخلية	أنماط القياس
عوامل الخطر	نسبة الأشخاص الذين يعانون من > 15 لتر من الماء / يوم	أنماط القياس
	CMR	$2 < \times \text{المعدل الأساسي أو} < 1 / 10,000$ في اليوم
	عدد الوفيات للأطفال أقل من سن 5 سنوات	$2 < \times \text{المعدل الأساسي أو} < 2 / 10,000$ في اليوم
	انتشار سوء التغذية الحاد جداً (GAM)	> 10 في المائة، أنماط القياس
	انتشار سوء التغذية الحاد (SAM)	أنماط القياس
	النسبة المئوية للسكان في أسوأ خمس ظروف للعمل، بما في ذلك الذين يعانون من صعوبات حادة أو متطرفة في عمل	عقبات يجب أن تكون محددة وفقاً للسياق المحلي وطبيعة الأزمة. أنماط القياس
النتائج الصحية		

المصدر: منظمة

الصحة العالمية، http://www.who.int/hac/network/global_health_cluster/iasc_global_health_cluster_core_indicators_9apr10.pdf، تم الدخول

اليه بتاريخ 2015/08/04.

2.1.6 دمج الفرق الطبية الأجنبية في الاستجابة لحالات الطوارئ العامة

دمج الفرق الطبية الأجنبية في الاستجابة لحالات الطوارئ العامة قد يحتاج إلى آلية للتنسيق. هذه الفرق ذات المستويات المختلفة من القدرات والمعايير والمعدات من منظمات مختلفة قد تصل في أعقاب أزمة مفاجئة لتقديم الخدمات الصحية الطارئة. وصول هذه الفرق لا يستند دائماً على تقييم الاحتياجات على أرض الواقع، وقد توفر الخدمات دون الاندماج في آليات التنسيق الصحي في حالات الطوارئ القائمة.

للاستفادة من المساعدات الطبية الخارجية على نحو فعال، هناك نظام التصنيف والمعايير الدنيا لتقديم الخدمات، جنباً إلى جنب مع المبادئ التوجيهية للتسجيل والرصد، ليتم استخدامها من قبل السلطات الصحية الوطنية وإدارة الطوارئ (منظمة الصحة العالمية، 2015). في عام 2014، تم تطوير نظام تسجيل عالمي عبر الإنترنت من قبل منظمة الصحة العالمية مع مدخلات من مقدمي الخدمات الطبية والبلدان التي استضافت مؤخراً الفرق الطبية الأجنبية. من خلال تسجيل قدراتهم ومؤهلاتهم، تلتزم هذه الفرق بالمعايير الدنيا للتدريب والمهارة والمعدات والجودة، وأنها توافق على أن تكون جزءاً من آلية للتنسيق. هذا النظام يتيح للحكومات إجراء المسح على الفرق ويوفر لهم منصة افتراضية للتفاوض على ما يحتاجون إليه، وأين، وربط هذه القدرة على التدخل السريع مع النظام الوطني (منظمة الصحة العالمية، 2015).

3.1.6 المستشفيات الآمنة

تتكون النظم الصحية من المرافق العامة والخاصة وغير الحكومية التي تعمل معاً لخدمة المجتمع. يشمل ذلك المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية والمختبرات والصيديات وبنوك الدم. كثيراً ما تتأثر المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية من الصراعات والكوارث الطبيعية. هذا يزيد من تدهور قدرة المجتمعات المحلية المتضررة للوصول إلى الخدمات الصحية عندما تكون في أشد الحاجة إليها. تدمير المستشفيات في حالات الكوارث هو أيضاً تحدياً مكلفاً للتعافي. في الفلبين في عام 2013، على سبيل المثال، 432 من المرافق الصحية، بما في ذلك 38 مستشفى، دمرت أو أصيبت بأضرار إصعاب حيان (منظمة الصحة العالمية، 2015).

في عام 2014، أصدرت منظمة الصحة العالمية إطار المستشفيات الآمن الشامل لتزويد الحكومات والسلطات الصحية مع اتباع نهج أكثر انتظاماً لتعزيز سلامة وجاهزية المرافق الصحية لجميع أنواع المخاطر. برامج المستشفيات الآمنة يضمن أن المرافق الصحية بأمان على تحمل المخاطر والاستمرار في العمل في حالات الطوارئ. أهداف هذا الإطار هي (منظمة الصحة العالمية، 2015) :

- لتمكين المستشفيات لتستمر في العمل وتوفير مستويات مناسبة ومستدامة للرعاية الصحية أثناء حالات الطوارئ والكوارث المتعاقبة
- لحماية العاملين الصحيين والمرضى والأسر.
- لحماية السلامة الجسدية لمباني المستشفيات، تجهيزات والنظم الحرجة للمستشفيات ؛ و
- لجعل المستشفيات آمنة ومرنة للمخاطر في المستقبل، بما في ذلك تغير المناخ.

في هذا الصدد، قد تم تطوير مؤشر سلامة المستشفيات (HSI) من قبل منظمة الصحة للبلدان الأمريكية (PAHO) ومجموعة من الخبراء الأمريكيين للكاربي وأمريكا اللاتينية كأداة لقياس المستوى العام للسلامة منشأة المستشفى أو المنشأة الصحية في حالات الطوارئ. في عام 2014، منظمة الصحة العالمية نقحت مؤشر سلامة المستشفيات، التي كانت تستخدم في وقت لاحق في جزر سليمان ونيبال (منظمة الصحة العالمية، 2015). مؤشر سلامة المستشفيات يساعد المرافق الصحية لتقييم سلامتها وتجنب الوقوع ضحية للكوارث من خلال توفير لمحة عن احتمالية استمرار أحد المرافق الصحية في العمل في حالات الطوارئ، على أساس العوامل الهيكلية وغير الهيكلية والوظيفية، بما في ذلك البيئة و شبكة الخدمات الصحية التي ينتهي إليها (منظمة الصحة الأمريكية، 2015). تحديد مؤشر السلامة مستشفى هو وسيلة جديدة لإدارة المخاطر في القطاع الصحي وينبغي لبلدان منظمة التعاون الإسلامي الانضمام إلى جهود قياس سلامة المرافق الصحية وتعزيزها وفقاً لذلك.

2.6 تقييم قدرات النظام الصحي لإدارة الطوارئ

يتألف النظام الصحي من كافة الموارد والمنظمات والمؤسسات التي خصصت لإنتاج أعمال مترابطة تهدف أساساً إلى تحسين أو صيانة أو استعادة الصحة (منظمة الصحة العالمية، 2012). يتكون إطار النظام الصحي في حالات الطوارئ، التي وضعها منظمة الصحة العالمية كأساس مفاهيمي يستخدم لوصف وتحليل النظم الصحية في حالات الطوارئ، من ست كتل بناء، (1) القيادة والحكم، (2) القوى العاملة الصحية، (3) المنتجات الطبية واللقاحات والتكنولوجيا، (4) المعلومات الصحية، (5) التمويل الصحي، و(6) تقديم الخدمات.

قد اعتمد مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي لأوروبا تعزيز النظم الصحية كنهج لدعم التأهب لحالات الطوارئ وتعزيز القدرات وإدارة الأزمات، وضعت أدوات العمل الموجهة العملية بناءً على هذه الوظائف الست. تتكون مجموعة الأدوات من "دليل المستخدم" و "نموذج التقييم" ومنظم باستخدام إطار النظم الصحية لمنظمة الصحة العالمية - الفئات الملحقه إلى 16 من المكونات الرئيسية و 51 من الصفات الأساسية - لتسهيل تقييم منظم وقابل للتكرار على جاهزية النظم الصحية، بناءً على مؤشرات محددة. يتم تقسيم استمارة التقييم إلى ستة أقسام أساسية وصولاً إلى "العناصر الرئيسية" برنامج الاستعداد لمواجهة الأزمات الصحية (الجدول 2.6).

الجدول 2.6 : المكونات الرئيسية للإطار العام لنظام الصحة في حالات الطوارئ

العناصر الرئيسية	لبنيات بناء نظام
1. الإطار القانوني لإدارة الطوارئ الوطنية متعدد القطاعات 2. الإطار القانوني لإدارة الطوارئ في القطاع الصحي 3. الإطار المؤسسي الوطنية متعدد القطاعات لإدارة الطوارئ المؤسسية 4. القطاع لإدارة الطوارئ في الصحة 5. مكونات برنامج إدارة الطوارئ في قطاع الصحة	I. القيادة
6. الموارد البشرية لإدارة الطوارئ في القطاع الصحي	II. القوى العاملة الصحية
7. الإمدادات الطبية والمعدات اللازمة لعمليات الاستجابة للطوارئ	III. المنتجات، اللقاحات والتكنولوجيا الطبية
8. نظم إدارة المعلومات للحد من المخاطر وبرامج التأهب للطوارئ 9. نظم إدارة المعلومات من أجل الاستجابة لحالات الطوارئ والإنعاش 10. الاتصالات في حالات المخاطر	IV. المعلومات الصحية
11. استراتيجيات التمويل الوطنية لإدارة الطوارئ الصحية الوطنية وغير الوطنية	V. تمويل القطاع الصحي
12. القدرة على والسعة اللازمة للاستجابة 13. نظام الخدمات الطبية الطارئة وإدارة الإصابات بالأعداد الكبيرة 14. إدارة المستشفيات في حوادث الإصابات بالأعداد الكبيرة 15. استمرارية البرامج والخدمات الصحية الأساسية 16. الدعم اللوجستية والتشغيلي في حالات الطوارئ	VI. توصيل الخدمات
المصدر : منظمة الصحة العالمية (2012)	

تم تطوير النسخة النهائية من مجموعة الأدوات ونشرت أوائل عام 2012 على أساس التقديرات التجريبية التي نفذت في العديد من البلدان بما في ذلك أذربيجان وكازاخستان وتركيا. حتى الآن، تم تطبيق الأدوات في 18 بلداً في منطقة أوروبا والمزعم تطبيقها في بلدان أخرى من خلال فرق تقييم الخبراء المشتركة لمنظمة الصحة العالمية لدمج خبراء وطنيين و / أو من خلال نهج التقييم الذاتي. في هذا الصدد، نشرت منظمة الصحة العالمية مؤخراً تقارير عن ثلاث دول لمنظمة التعاون الإسلامي، وهم تركيا وطاجيكستان وقيرغيزستان، تقييم قدرات النظام الصحي في حالات الطوارئ. استخدمت هذه التقارير طريقة تقييم موحد مع نهج متعدد القطاعات لكافة للخطر، اعتمد إطار النظم الصحية منظمة الصحة العالمية كأساس مفاهيمي لوصف وتحليل حالة تأهب النظم الصحية لمواجهة الأزمات وتحديد التوصيات الرئيسية.

وفقاً للتقارير، تركيا لديها مستوى عالٍ من الالتزام السياسي إلى الاستعداد لمواجهة الأزمات وقدرة كبيرة على الاستجابة للكوارث الوطنية والدولية. نظام استجابة للطوارئ مبني على إطار قانوني قوي. ويعمل بشكل كافٍ ومجهز تجهيزاً جيداً. قدرة المستشفى واسعة النطاق من حيث عدد الأسرة، وتوافر الموظفين المدربين، والوصول إلى المعدات والإمدادات الطارئة والتكنولوجيا الطبية الحديثة. الموارد ونظام خدمات الطوارئ الطبية (EMS) بحالة جيدة مع الموظفين وسيارات الإسعاف والطوارئ، مراكز الإرسال، وما إلى ذلك ويطلب من كل مستشفى أن يكون نقطة محورية

مخصصة للاستعداد للطوارئ، فضلاً عن خطة الاستجابة للطوارئ. استراتيجية للاتصال في حالات المخاطر والمعلومات العامة خلال حالات الطوارئ موجودة. من العديد من عمليات الاستجابة للطوارئ الدولية والوطنية، جمعت تركيا خبرة تراكمية في تقديم المساعدات الطبية في حالات الكوارث، ونظراً للنظام المتقدم لإدارة الكوارث والطوارئ، يمكن للدولة أن تلعب دوراً مفيداً في مجال التدريب والبحوث المتعلقة بالتأهب لحالات الطوارئ والكوارث والحد من المخاطر على المستوى العالمي (منظمة الصحة العالمية، 2011). يمكن تقاسم خبراتها وإستخدامها لأنشطة بناء القدرات المشتركة في دول منظمة التعاون الإسلامي وكذلك البلدان الأخرى.

من ناحية أخرى، طاجيكستان أبدت التزاماً قوياً للاستعداد لمواجهة الأزمات، وهو ما ينعكس في الإصلاحات الجارية في إدارة وتنسيق هيكلها نحو إضفاء الطابع المؤسسي وتوسيعه وزيادة تطوير خطة الاستجابة للطوارئ الوطنية. خطط القطاع الصحي ومستشفيات الطوارئ والاستجابة متاحة إلى درجة معينة ولكنها تفتقر لتعليمات تنفيذية واضحة. أن قدرة المستشفى على ما يبدو كافية لحالات الطوارئ الروتينية من حيث عدد الأسرة وتوافر الموظفين المدربين، وإن ساء توزيعها، مع التركيز على المناطق الحضرية. نظام خدمات الطوارئ الطبية يعاني من نقص العاملين، ويتم توزيع الموارد بشكل غير متساو في البلاد (منظمة الصحة العالمية، 2014).

في قيرغيزستان، في حين أن وضع إجراءات ومعدات التأهب للكوارث والاستجابة بشكل جيد، فلا يمكن أن يقال نفس الشيء عن وزارة الصحة في قرغيزستان، والتي هي في حاجة ماسة للتمويل من أجل تحديث وتحسين وظائف نظام الصحة العامة من أجل أن تصبح معدة لمواجهة الأزمات. تواجه وزارة الصحة تحديات كبيرة حيث أن العديد من الإجراءات والنظم القائمة للتأهب والاستجابة للأزمات الصحية تأكلت و / أو عفا عليها الزمن منذ انهيار الاتحاد السوفياتي. وفقاً للتقرير، فالميل نحو آليات الحكم الذاتي، الرأسي القيادة والسيطرة، إلى جانب السرية في العديد من المستويات في الحكومة تزيد من الأزمة، يحتاج إلى التغيير وأن يصبح أكثر شمولية وشفافية (منظمة الصحة العالمية، 2012).

بما أن التقييمات على الخدمات الصحية الطارئة متاحة لعدد قليل من بلدان منظمة التعاون الإسلامي، سيكون من المفيد للبلدان الأخرى في منظمة التعاون الإسلامي إجراء دراسة تقييمية على القدرات والاحتياجات الحالية، ربما بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية أو المنظمات المهنية الأخرى. بشكل عام، يمكن القول بأن جميع التخصصات للقطاع الصحي ينبغي أن تؤخذ في الاعتبار، وأن تشارك في أنشطة الاستعداد لمواجهة الأزمات لتعزيز حالة الطوارئ. يتطلب تنفيذ أي برنامج متكامل وطني للاستعداد للطوارئ عدد كاف من الموظفين المجهزين تجهيزاً جيداً لوضع خطط التأهب الموحدة لحالات الطوارئ للقطاع الصحي وصياغة سياسات التعليم والتدريب والاعتماد والبحوث.

بالإضافة إلى تقارير التقييم القطري القليلة الفردية، هناك دراسة التقييم العالمية التي أجرتها منظمة الصحة العالمية في هذا المجال. وفقاً للتقييم العالمي لتأهب القطاع الصحي الوطني والاستجابة للطوارئ، فإن معظم البلدان (85 في المائة) لديها حالة طوارئ وطنية

الخلاصة 1.6 : مسح ما بعد الصراع للمرافق والخدمات الصحية في مالي

بعد الاضطرابات السياسية والصراعات المسلحة في مالي في عام 2012، استخدم المكتب القطري لمنظمة الصحة العالمية نظام خرائط توفر الموارد الصحية (HeRAMS) في عام 2013 للتحقيق في حالة المرافق والخدمات الصحية في كل من 60 منطقة صحية في البلاد. قد أدى الصراع إلى نزوح السكان على نطاق واسع، مع 300,000 كنانزحين وعدد 174,000 كلاجئين مسجلين. تأثر الحصول على الرعاية الصحية من خلال تدمير ونهب المرافق الصحية والمعدات واللوازم، رحيل من مقدمي خدمات الرعاية الصحية العامة والمنظمات غير الحكومية، ووقف البرامج الصحية ذات الأولوية.

تم تقييم ما مجموعه 1,581 من المستشفيات والمراكز الصحية المرجعية، مراكز صحة المجتمع، والمرافق الصحية الخاصة والعقائدية. مرافق الصحة العامة للمجتمع شكلت 71.9 في المائة من المنشآت التي شملتها الدراسة. أظهرت النتائج أن ما يقرب من واحد في خمسة مرافق صحية تضرر جزئياً على الأقل، مع فوارق إقليمية كبيرة (من 5.4 في المائة من المرافق الصحية في العاصمة إلى نسبة ضرر أكبر بكثير في المناطق الشمالية من كيدال و غاو و تومبوكتو). في منطقة كيدال الأكثر تضرراً، ما يقرب من نصف جميع المرافق الصحية التي شملتها الدراسة قد دمرت تماماً و 71 في المائة قد توقفت عن العمل. تم تخفيض خدمات المختبرات وبنك الدم الأساسية والرعاية التوليدية الطارئة إلى لا شيء تقريباً في المناطق الشمالية.

كشف الاستطلاع عن مدى الأضرار التي لحقت بالنظام الصحي في مالي ويمكن مجموعة الصحة من تحديد الأولويات لإنعاش البلد: البناء وإعادة تأهيل البنية التحتية الصحية؛ إنشاء فرق الرعاية الصحية المتنقلة؛ نشر موظفي الرعاية الصحية من ذوي المهارات والمعدات والإمدادات والأدوية الأساسية. تدريب العاملين في مجال الصحة المجتمعية؛ وإنشاء مجموعات فرعية صحية في ثلاث مناطق الشمالية.

المصدر: منظمة الصحة العالمية (2015)

التأهب وسياسة الإستجابة. مع ذلك، حوالي 65 في المائة من البلدان لديها سياسة لتأهب القطاع الصحي لحالات الطوارئ وبرامج الاستجابة على المستويين الوطني والإقليمي، والسياسة في التأهب للطوارئ في القطاع الصحي وخطط الاستجابة. وعلاوة على ذلك، حوالي 50 في المائة من البلدان ليس لديها ميزانية محددة مخصصة للتأهب لحالات الطوارئ الصحية والتخطيط للاستجابة. حوالي 35 في المائة من البلدان لا تشمل عنصر التدريب وبناء القدرات في برامجها للتأهب والاستجابة للطوارئ. أكثر من ثلاثة أرباع الدول تستفيد من برامج التعاون الدولي أو الثنائي في مجال التأهب والاستجابة للطوارئ (منظمة الصحة العالمية ، 2008).

يجب أن تكون وزارات الصحة شكلاً من أشكال الترتيبات المؤسسية لضمان تطوير وصيانة برامج التأهب والاستجابة للطوارئ الصحية. ينبغي أن يشمل نظام للاستجابة لحالات الطوارئ الفعال مؤسسة مهنية، الكوادر الفنية الصحية المدربة تدريباً جيداً، المراقبة السلسلة والدقيقة للأمراض ونظام التقارير، المختبرات الحديثة، نظام المعلومات الالكترونية التي يمكن أن تسهل التواصل السريع مع الإدارات الأخرى، مخزونات كافية (الأدوية واللقاحات، على سبيل المثال) وطرق فعالة لمنع انتشار المرض (العزل، على سبيل المثال)، كلها ضرورية لمراقبة حالات الطوارئ (إيبك، 2012). سجل معظم المستجيبين لمسح منظمة الصحة العالمية وجود بعض الترتيبات المؤسسية، ولكن أظهر عدد كبير من البلدان الغياب النسبي لأفراد الإستجابة المتخصصين. لذلك، يجب تطبيق المزيد من الجهد لتطوير وتوظيف المتخصصين في الاستعداد والاستجابة للطوارئ في وزارات الصحة للعمل على البرامج الوطنية والإقليمية.

3.6 وضع القطاع الصحي الحالي في البلدان التي تشهد صراعات

هناك عدد من مناطق الصراع في جميع أنحاء العالم ذات عواقب صحية وخيمة. يبين الجدول 3.6 قائمة البلدان التي تصنف بدرجة 3 و 2 في منظمة الصحة العالمية كبلدان تدعو للقلق بشأنها. 15 من أصل 26 دولة لديها مخاوف صحية هي من ضمن دول أعضاء منظمة التعاون الإسلامي. وتشمل البلدان ذات المخاوف الصحية بسبب الصراعات فضلاً عن تفشي الأمراض وبعض الأسباب الأخرى. ويقدم هذا القسم بعض المعلومات عن وضع القطاع الصحي الحالي في دول منظمة التعاون الإسلامي التي تم اختيارها والتي تأثرت بالصراعات. تشمل هذه البلدان الخمسة ومنطقة واحدة تضم تسع دول هي أفغانستان والعراق وفلسطين ومنطقة الساحل وسوريا واليمن. المصدر الرئيسي للمعلومات هو تقرير منظمة الصحة العالمية في 2015 خطط الإستجابة الإنسانية (منظمة الصحة العالمية، 2015).

الجدول 3.6 : قائمة بالبلدان التي لديها مخاوف صحية، الأزمات وحالات طوارئ		
البلدان ذات الأولوية بما في ذلك بلدان التصنيف 3 و 2	البلدان التي لديها مخاوف	
- غينيا - العراق - موزامبيق - النيجر - نيجيريا	- أفغانستان - تشاد - لبنان	- ليبيا - باكستان - السودان
- جمهورية الوسطى - أفريقيا - جمهورية الكونغو - الديمقراطية - ليبيريا - ملاوي - نيبال	- الفلبين - جنوب السودان - أوكرانيا - فانواتو	- تنزانيا - بوروندي
المصدر: http://www.who.int/hac/crises/en، وبالرجوع إليه في تاريخ 08/04 / 2015. ملاحظة : التصنيف 2 و 3 يشير التوالي إلى وقوع حدث مع العواقب الصحية العامة المتوسطة أو الكبيرة التي تتطلب الاستجابة المحلية و / أو الدولية.		

أفغانستان: تواجه أفغانستان معوقات كبيرة في الخدمات الصحية نتيجة الصراع المزمن المتطور، الفقر والحرمان والأزمات المطولة التي تمتد عدة عقود، تؤثر على جميع المحافظات 34. تقدر وزارة الصحة العامة التي تغطي مجموعة الخدمات الصحية الأساسية لحوالي 65 في المائة من السكان. غالبية هؤلاء دون تغطية يعيشون في المناطق غير الآمنة أو تلك التي يصعب الوصول إليها. قدر التقييم الوطني للمخاطر والتعرض عام 2012 أن 85 في المائة من السكان يعيشون في ساعتين داخل المرفق الصحي. هناك نقص في الجراحين المدربين وأطباء التخدير والقدرة على إستيعاب الصدمة في المناطق المتضررة من النزاع. هناك في المتوسط ثلاثة فقط من العاملين الصحيين لكل 10,000 أفغاني، أقل بكثير من الحد الأدنى الذي هو 22 من عمال الصحة لكل 10000. علاوة على ذلك، ساهمت القيود ذات الصلة بالصراع لتقديم الرعاية الصحية في انخفاض معدلات التحصين وزيادة معدلات الاعتلال وخطر الوفاة،

خاصة بالنسبة للأطفال والنساء الحوامل. ويتم تخصيص أي موارد وطنية لتوفير الرعاية الصحية الأساسية في حالات الطوارئ، وعلى الرغم من ذلك فإن البلد يعاني من العديد من الكوارث الطبيعية والصراعات على نطاق واسع. وبالتالي، فإن الاعتماد على المجتمع الدولي ما زال أساسياً، ولا سيما في ضوء الضعف القائم الذي يشمل عدم كفاية البنية الأساسية، وضعف قدرات الموارد المؤسسية والبشرية، ضعف الإدارة الاقتصادية، وتدهور الأمن وارتفاع معدل النمو السكاني.

العراق: تدهورت الخدمات العامة الأساسية، بما في ذلك خدمات الصحة والمياه والصرف الصحي بشدة في المناطق المتضررة من النزاع وأرهقت من التدفق السريع للنازحين داخلياً. فأكثر من نصف هؤلاء النازحين هم من الأطفال الذين هم عرضة بوجه خاص لتدهور حالتهم الصحية. وتساهم سوء الأحوال المعيشية وظروف الصرف الصحي ونوعية المياه في زيادة المشاكل الصحية وارتفاع مخاطر انتشار المرض بين النازحين. قد وقعت الهجمات على المستشفيات الحكومية في الأنبار ونيوى وديالى وصلاح الدين وكركوك وتم العبث بمنشآت ضعيفة أصلاً بسبب عقود من ضعف الاستثمار. وتقدر نسبة المشردين الآن من العاملين في مجال الصحة من هذه المناطق لما يقدر من 45 في المائة. في نيوى، أكثر من نصف المرافق الصحية لم تعد تعمل. وأدى الصراع أيضاً إلى انقطاع في النظام الوطني لشراء وتوزيع الإمدادات الطبية ومنع المواد الأساسية من الوصول إلى العيادات والمستشفيات. ونتيجة لذلك ما يقرب من 5.2 مليون شخص في حاجة للتدخلات الصحية الطارئة. ومع وصول المساعدات الإنسانية إلى 2.2 مليون عراقي على الأقل في حاجة لها يعد خطراً شديداً في المناطق الخاضعة لسيطرة جماعات المعارضة المسلحة. فالصراع متقلب وتحرير المناطق قد تخلق فرصاً ومطالباً لتقديم خدمات الرعاية الصحية.

فلسطين: لا يزال الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية وإحالة المرضى للرعاية الصحية المتخصصة محدوداً وخاصة في قطاع غزة، في العديد من المناطق في الضفة الغربية، وخاصة بالنسبة للذكور الذين تتراوح أعمارهم بين 18-40. ولا تزال القضايا الأمنية وتدمير البنية التحتية الصحية الحيوية المساهم الرئيسي في انخفاض توفر الخدمات الصحية. إذ أدى العمل العسكري من قبل القوات المسلحة الإسرائيلية في غزة في يوليو 2014 إلى أضراراً بالغة بالخدمات الصحية في قطاع غزة. دمرت سبع مرافق صحية (بما في ذلك المستشفى الوحيد المتخصص في إعادة التأهيل)، تضرر 67 مرفق، قتل 23 من العاملين الصحيين وأصيب 83. نضبت مخزونات الأدوية الأساسية وكان الضغط على ماتبقى من موظفي الصحة قد بلغ ذروته. في الضفة الغربية، عدم كفاية فرص الحصول على الرعاية الصحية الأولية استمر نتيجة لانعدام الأمن، القيود المفروضة على حرية تنقل المرضى والموظفين وطلاب الصحة الطبية، نقص الأدوية والمستلزمات الطبية الأخرى، نقص العاملين في مجال الرعاية الصحية. الحصول على الرعاية الصحية الأولية صعب خاصة بالنسبة للنساء وكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة في مناطق معينة من الضفة الغربية بسبب القيود المفروضة على الحركة والنقل العام. تقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية الأساسية، بما في ذلك الصحة الإنجابية وصحة الطفل، الفحوصات المخبرية والتثقيف الصحي من خلال خدمات العيادة المتنقلة من قبل مختلف مقدمي الخدمات الصحية.

منطقة الساحل: توجد تسع دول من منظمة التعاون الإسلامي في منطقة الساحل وهي بوركينا فاسو والكاميرون وتشاد وموريتانيا ومالي والنيجر ونيجيريا والسنغال وغامبيا، وتواجه عبئاً ثقيلاً من خطر الوباء المتفاجم بسبب النزاع

وانعدام الأمن والتهديدات الطبيعية مثل الفيضانات. ويموت نحو 1.2 مليون طفل دون سن الخامسة سنوياً في منطقة الساحل، مع عدد 570,000 من هذه الوفيات المرتبطة بسوء التغذية والأمراض ذات الصلة. وقد أدى الصراع العنيف إلى سقوط منطقة الساحل في مشكل زيادة نزوح السكان. وبدأت المنطقة عام 2015 بنحو 2.8 مليون نازح، حوالي أكثر من مليون في أوائل عام 2014. الأوبئة المتكررة للأمراض مثل الكوليرا والملاريا والتهاب السحايا والحصبة والحمى الصفراء تؤثر على الآلاف من الأسر في جميع أنحاء منطقة الساحل. ويتبين أن السبب وراء انتشار الأوبئة ومعدلات الوفاة العالية هو نقص المياه الصالحة للشرب وضعف فرص الحصول على خدمات الوقاية والعلاج وتدني نوعية الرعاية. فقد أدى الصراع وسوء الحكم إلى تفاقم الصعوبات في أداء النظام الصحي الذي هو في الأصل هشاً. ويعتبر عدم كفاية فرص الحصول على خدمات الصحة الإنجابية والرعاية في حالات الطوارئ، وذلك بسبب النقص الجزئي للعاملين في الرعاية الصحية، عاملاً مسؤول أيضاً عن بعض أعلى معدلات وفيات الأمهات في العالم. فبحلول نوفمبر تشرين الثاني عام 2014، ما لا يقل عن 40820 حالة إصابة بالكوليرا كانت قد سجلت في النيجر ونيجيريا والكاميرون وتشاد مع معدل حالات وفاة بلغ 2.4 في المائة. والوصول إلى مرافق الصرف الصحي المحسنة والمياه النقية محدود جداً في معظم البلدان. لدي النيجر فعلى سبيل المثال ها تغطية بنسبة 11 في فقط لتحسين مرافق الصرف الصحي.

سوريا : لقد تأثرت سوريا بسبب النزاع القائم منذ أكثر من أربع سنوات، مما أدى إلى تدهور الحالة الصحية. فمنذ بداية الأزمة، تدهورت خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية في سوريا بسبب المرافق الصحية المتضررة وانقطاع التيار الكهربائي ونقص الإمدادات الطبية وعدم وجود المتخصصين في الرعاية الصحية المؤهلين. وذكرت 55 في المائة من المستشفيات العامة على أنها تعمل جزئياً أو كلياً خارج الخدمة، في حين أن 63 في المائة من مراكز الرعاية التوليدية الطارئة الأساسية العامة لا تعمل. وتوفر محدودة الخدمات الصحية في بعض مناطق البلاد يجبر المرضى على السفر لمسافة تصل إلى 160 كلم للوصول إلى أقرب مستشفى، في حين أن خدمات الإحالة كثيراً ما تكون غير وظيفية. تأثر القطاع الخاص بشدة، والذي تقدم خدمات طبية لأكثر من 50 في المائة من السكان قبل الأزمة، هو الآخر من جراء النزوح أو رحيل غالبية المتخصصين في الخدمات الصحية من القطاع الخاص.

اليمن: أدى عدم الاستقرار السياسي والصراع على قرب انهيار الخدمات الأساسية، مما يجعل أعداداً متزايدة من الناس معرضين للخطر بالاعتماد على المساعدات الخارجية لتلبية احتياجاتهم الأساسية. في عام 2015، ما يقدر بـ 15,9 مليون شخص حوالي 61 في المائة من السكان سوف يطلب نوعاً من المساعدة الإنسانية، لا سيما في قطاعي الأغذية والمياه والصحة. ما يقدر بنحو 8.4 مليون يمني يفتقرون لما يكفي من الرعاية الصحية. هذا الرقم ظل دون تغيير إلى حد كبير من عام 2014. مع ذلك، فقد تحول التركيز الجغرافي تبعاً لتطور الصراعات المحلية. انخفض وبشكل كبير عدد الأشخاص الذين يحتاجون للمساعدات في بعض المحافظات، في حين ظهرت تجمعات جديدة من الحاجة في المناطق المتضررة من الصراع في الآونة الأخيرة. قد زاد عدم الاستقرار السياسي وتوسيع الصراع الحاجة إلى خدمات إدارة الإصابات الجماعية حيث هناك حاجة مستمرة للخدمات الصحية للأشخاص الجدد والنازحين سابقاً. وفي المناطق التي تحسن فيها الأمن، فإن المرافق الصحية تتطلب إعادة التأهيل والدعم.

هناك صلة قوية بين مستوى المعلومات والتعليم ونتائج الإرشاد والصحة في بلد ما. قد ثبت من خلال الأبحاث أن معظم الأمراض يمكن الوقاية منها عن طريق نشر معلومات دقيقة وذات صلة والتعليم للمرضى ومقدمي الرعاية الصحية. التشخيص الصحيح والعلاج الفعال يمكن أن ينقذ الملايين من الناس سواء في بلدان منظمة التعاون الإسلامي أو أي أجزاء أخرى من العالم. وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، غالبية الأمراض غير المعدية والمعدية يمكن منعها فقط عن طريق تثقيف وإعلام الناس عن أسلوب حياتهم (على سبيل المثال نظام غذائي صحي وممارسة النشاط البدني / ممارسة الرياضة). إزاء هذه الخلفية، يناقش هذا القسم المعلومات والبحوث والتعليم والإرشاد تحت قسمين فرعيين. يسلط أول القسم فرعي الضوء على أهمية التثقيف الصحي وكيف يمكن تحسين نوعية التعليم الصحي. يركز القسم الفرعي الثاني على أهمية الوعي العام لمجتمعات صحية وسبل رفع مستوى الوعي العام بقضايا الصحة.

1.7 جودة التثقيف الصحي

وجود النظم الصحية لتلبية احتياجات المرضى، يضمن أن يتم إبلاغهم بشكل كامل، الحفاظ على السيطرة، والمشاركة في تقديم الرعاية كلما كان ذلك ممكناً، والحصول على رعاية صحية تحترم القيم والتفضيلات (غرينر ونيبيل، 2003). وعلاوة على ذلك، فإن النظم الصحية تسهل تطبيق المعرفة العلمية للممارسة من خلال توفير الأطباء مع الأدوات والدعم اللازم لتقديم الرعاية المبنية على الأدلة باستمرار وبشكل آمن. وجود نظام صحي فعال يتطلب كمية كافية من المهنيين الصحيين المدربين تدريباً جيداً. مع ذلك، فإن أرقام عدد من المؤسسات التعليمية الصحية والمهنية، ونوعية التعليم التي سجلت في هذه المؤسسات تكشف عن وجود بعض المشاكل الرئيسية في كل من البلدان المتقدمة والنامية بما في ذلك الدول الأعضاء في منظمة التعاون الإسلامي.

وفقاً للانسيت (2010)، في جميع أنحاء العالم، هنالك 2420 كلية الطب، 467 مدرسة أو إدارة للصحة العامة، وعدد غير محدد من المؤسسات التعليمية الجامعية للتدريب المتعلق بالتمريض حوالي عدد 1 مليون من الأطباء الجدد والمرضات والقابلات والعاملين في مجال الصحة العامة في كل عام. تفاقم نقص المؤسسة الشديدة بسبب سوء التوزيع بين البلدان وداخلها على حد سواء. أربع دول (الصين والهند والبرازيل والولايات المتحدة الأمريكية) لدى كل منها أكثر من 150 مدرسة طبية، في حين أن 36 دولة ليس لديها كليات طب على الإطلاق. 26 بلداً في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، والتي غالبيتها من دول منظمة التعاون الإسلامي، لديها عدد واحد أو ليس لديها كليات للطب.

إجمالي الإنفاق العالمي على التعليم المني الصحي حوالي 100 مليار دولار أمريكي سنوياً. يعادل هذا المبلغ أقل من 2 في المائة من مجموع النفقات الصحية في جميع أنحاء العالم، وهو رقم صغير لصناعة تكثيف العمالة. يقدر انسييت (2010) أن متوسط التكلفة لكل خريج في العالم حوالي 113,000 دولار أمريكي لطلاب الطب و 46,000 دولار أمريكي لطلاب التمريض. تقرير الصحة العالمية (2006) "لنعمل معاً من أجل الصحة" قام بتقدير حول نقص الأطباء في جميع أنحاء العالم. وفقاً للتقرير، ما يقدر بحوالي 57 دولة على مستوى العالم لديها نقص يعادل عجزاً قدره 2.4 مليون من الأطباء والممرضات والقابلات والذي يشير إلى أن الملايين من الناس في جميع أنحاء العالم لا يحصلون على الرعاية الصحية الأساسية والخدمات التي هم في أمس الحاجة إليها.

بالنظر إلى الصورة التي عرضت أعلاه، يصبح من الواضح أنه في كثير من البلدان عدد من مؤسسات التعليم الصحي لا يتلاءم بشكل جيد مع حجم سكان البلد أو العبء الوطني للأمراض. بلدان منظمة التعاون الإسلامي ليست استثناءً من هذه الحقيقة.

بالإضافة إلى وجود نقص في العاملين في مجال الصحة، العديد من بلدان العالم تواجه تحدياً آخر حول نوعية التثقيف الصحي. لا يتم إعداد العاملين في مجال الصحة على نحو كاف في أي أكاديمية أو أماكن التعليم المستمرة. في أجزاء كثيرة من العالم، التعليم السريري ببساطة لم يواكب أو لم يستجيب بما فيه الكفاية للتحويل الديموغرافي ورغبات المرضى، تغيير توقعات النظام الصحي، تطور متطلبات الممارسة والتوظيف الترتيبات، معلومات جديدة، التركيز على تحسين الجودة، أو التقنيات الجديدة (معهد الطب، 2002). التثقيف الصحي بالجودة الغير كافية والمنخفضة، جلب زيادة التكاليف الباهظة سواء بالنسبة للمرضى أو للمجتمعات. وفي هذا السياق، بعض من المشاكل المشتركة الناجمة عن انخفاض جودة التثقيف الصحي يمكن إدراجها على النحو التالي: خطأ التشخيص، الوصفات المفرط فيها للمضادات الحيوية للأطفال والبالغين. جرعات غير صحيحة من الأدوية التي تعطى للمرضى. عدم استخدام استراتيجيات وقائية فعالة مع المرضى (جاسين، وآخرون، 1998). وفقاً لتقديرات معهد الطب، فإن الأخطاء (التي يمكن الوقاية منها) مصنوعة من قبل المتخصصين تكلف حياة عشرات الآلاف من الأشخاص ومئات الآلاف من الناس يعانون أو يبقون مرضى في الولايات المتحدة. العديد من هذه الأخطاء يمكن القضاء عليها من خلال التدريب وتحسين نوعية التعليم الصحي.

على الصعيد العالمي، التفاعلات الدوائية الضارة والاستخدام غير الرشيد للأدوية هي من بين الأسباب الرئيسية للوفاة في كثير من البلدان. يقدر أن نصف جميع الأدوية توصف بشكل غير لائق، يستغنى عنها أو يتم بيعها، وأن نصف المرضى لا يأخذون الدواء بشكل صحيح. هذه مشكلة خطيرة ولا سيما في البلدان النامية، بما في ذلك العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي، حيث يتم التعامل مع أقل من 40 في المائة من المرضى في القطاع العام و 30 في المائة في القطاع الخاص وفقاً للمبادئ التوجيهية السريرية (منظمة الصحة العالمية، 2010). المعلومات التي يحتاجها المرضى يمكن تلبيتها من قبل الصيدلي من خلال التعليم التشاركي لمجموعات من المرضى حول سلامة الدواء، والاستخدام المناسب. في حين يمكن توفير العاملين في مجال الصحة مع التدريب المني لتحديث معلوماتهم حول ممارسات التشخيص والعلاج.

قام غرينر و نيبيل (2003) بسرد بعض الأسباب الرئيسية وراء عدم قدرة المهنيين الصحيين من تحقق الخدمات الصحية عالية الجودة بشكل كاف:

(أ) تغيير خصائص المريض: المرضى أصبحوا أكثر تنوعاً، شيخوخةً، ويعانون على نحو متزايد من واحد أو أكثر من الأمراض المزمنة، بينما في الوقت نفسه ينبغي عليك أن تكون أكثر عرضة للبحث عن المعلومات الصحية (كالابريتا، 2002). هذا المشهد المتغير يتطلب أن يكون الأطباء المهرة في الاستجابة للتوقعات المتفاوتة والقيم للمرضى؛ توفير الإدارة المستمرة للمريض. تقديم وتنسيق الرعاية عبر الفرق، الإعدادات والأطر الزمنية.

(ب) عدم وجود مهارات للفريق: في الممارسة العملية، يُطلب من العاملين في مجال الصحة للعمل في فرق متعددة التخصصات، في كثير من الأحيان لدعم ذوي الأمراض المزمنة، ولكن لم يتم تعليمهم معاً أو تدريبهم على المهارات الأساسية للعمل ضمن الفريق.

(ج) الفجوة بين النظرية والتطبيق: يواجه العديد من الأطباء التوسع السريع لبيانات المرضى حيث ينبغي إتخاذ قرارات الرعاية الصحية المثالية. مع ذلك، مناهج كليات الطب ليست قادرة على ربط "كيفية البحث"، "كيفية تقييم الأدلة" و "كيفية تطبيقها على أرض الواقع" (شل، 2001).

(د) عدم وجود تقييم الجودة: المهنيون الصحيون عادة ما يعملون تحت ضغط الوقت والإجهاد. لديهم فرص قليلة للاستفادة من الدورات الدراسية والتدخلات التعليمية الأخرى التي من شأنها أن تساعد في تحليل الأسباب الجذرية للأخطاء ومشاكل الجودة أخرى.

(هـ) الاستخدام المحدود للمعلوماتية: في حين يتم تدريب الأطباء على استخدام مجموعة من التقنيات المتطورة ذات الصلة بتقديم الرعاية اللازمة، فإنهم غالباً ما لا يتم توفير قاعدة أساسية في مجال المعلوماتية لهم (هوفينجا، 2000). سيقوم هذا التدريب في هذا المجال، على سبيل المثال، يتمكن الأطباء من الوصول بسهولة إلى أحدث النصوص العلمية حول المرض المحير الذي تواجهه أحد مرضاهم أو استخدام نظم دخول النظام المحوسب الذي يقوم تلقائياً بمنع الأخطاء الدوائية.

مثل نظيراتها النامية، فالعديد من دول منظمة التعاون الإسلامي تعاني من ضعف مستوى المعلومات الصحية والتعليم. الوضع حرج ولا سيما في البلدان منخفضة الدخل في منظمة التعاون الإسلامي في آسيا ومنطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. استمر مقدمي الرعاية الصحية في العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي في الإفتقار إلى والمعلومات العملية الأساسية والخبرات اللازمة لتمكينهم من تقديم الرعاية الصحية الآمنة والفعالة. هذا النقص في المعرفة حول الأساسيات حول كيفية تشخيص وإدارة الأمراض الشائعة يؤدي إلى ممارسات الرعاية الصحية غير الفعالة والخطيرة. هذه الممارسات عادة ما تؤدي إلى فشل حتى الأدوية الحديثة وتسبب العديد من الوفيات التي يمكن تجنبها. بغض النظر عن مستوى التنمية الاقتصادية والتقدم، وفقاً لنتائج بعض الدراسات الاستقصائية (نيل

وفريدريك، 2009)، هناك فجوة في المعرفة والوعي، سواء بين مقدمي الرعاية الصحية أو المرضى في العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي.

التحديات في مجال التعليم الطبي والتمريض هي أكثر أو أقل شيوعاً لجميع دول منظمة التعاون الإسلامي. على الرغم من التقدم المحرز في تحديث المناهج الطبية والتمريضية في المؤسسات المختارة، فإن غالبية المدارس لا تزال تتبع البرامج التقليدية التي، إلى حد كبير، لم تطور لتصبح على قدر الكفاءة. قد بدأت برامج تدريبية لطب الأسرة في العديد من البلدان، ومع ذلك لا يزال نطاقها محدوداً. العوامل الأساسية في عدم إحراز تقدم في هذا المجال هي ما يلي: عدم وجود تنسيق فعال بين مقدمي الخدمات بما في ذلك الوزارات لمؤسسات التعليم العالي والصحة. القدرة المؤسسية المحدودة لتوفير التدريب على نطاق واسع لأطباء الأسرة فضلاً عن تحويل كوادر الممارسين العاميين الموجودة لأطباء الأسرة من خلال برامج مخصصة. عدم القدرة على إقامة طب الأسرة باعتباره مساراً وظيفياً جذاباً للخريجين الجدد.

التحديات الرئيسية لضمان الحصول على التعليم الجيد للتمريض في دول منظمة التعاون الإسلامي يرتبط عدم كفاية الاستثمارات وقلة الاهتمام بقطاع التعليم في مجال التمريض. نقص القدرات في مدارس التمريض من حيث توفر المدربين فضلاً عن البنية التحتية. الحاجة إلى مواصلة تحديث مناهج التمريض من أجل سد فجوة خدمات التعليم؛ محدودية القدرات المؤسسية لتقديم برامج تدريبية متقدمة. عدم كفاية التأكيد على برنامج التطوير المهني المستمر.

المجتمع الدولي والمنظمات الدولية تعترف بوجود مشاكل واسعة الانتشار على نوعية ونطاق التثقيف الصحي والتدريب. من أجل معالجة هذه المشكلة على الصعيد العالمي، فإن منظمة الصحة العالمية (2013) أعدت مبادئ توجيهية وهي "تحويل وتوسيع نطاق تثقيف وتدريب المهنيين الصحيين". تعرف منظمة الصحة العالمية مصطلح "تحويل وتوسيع نطاق" التعليم والتدريب على أنه التوسع المستدام وإعادة تأهيل التعليم والتدريب للمهنيين الصحيين فيما يتعلق بالمهن الصحية "لزيادة كمية وجودة وفائدة المهنيين الصحيين، وبذلك تعزيز النظم الصحية للبلاد وتحسين النتائج الصحية للسكان. يحدد المبدأ التوجيهي رؤية مثل هذا التحول من التعليم للمهن الصحية، ويقدم توصيات بشأن أفضل السبل لتحقيق الهدف المتمثل في تخريج خريجين يستجيبون للإحتياجات الصحية للسكان الذين يغطونهم. على وجه الخصوص، تهدف الوثيقة التوجيهية إلى: توفير السياسات السليمة والتوجيه الفني في مجال التعليم ما قبل الخدمة، خاصة في البلدان التي تعاني من نقص في الأطباء والممرضات والقبالات وغيرهم من المهنيين الصحيين. توجيه البلدان بشأن كيفية دمج التطوير المهني المستمر (CPD) كجزء من الطب والتمريض والقبالة وغيرهم من التعليم على نطاق المهنيين الصحيين والمتابعة من أجل ضمان الامتياز للرعاية وتقديم استجابة الخدمات الصحية والنظم الصحية المستدامة (منظمة الصحة العالمية، 2013). حددت منظمة الصحة العالمية (2013) خمسة مجالات لوضع وتقديم المشورة لبلدان منظمة التعاون الإسلامي لعملية الإصلاح الصحي: مؤسسات التعليم والتدريب؛ الاعتماد والتنظيم. التمويل والاستدامة؛ الرصد والتقييم. الإدارة والتخطيط.

بصورة عامة، يصبح من الواضح أن العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي لا تزال بحاجة للخضوع لعملية إصلاح رئيسية لنظم التعليم والتدريب الصحي الأفضل. لنجاح الإصلاحات في هذا المجال، التعاون مع المجتمع الدولي والمنظمات الدولية أمر ملح للغاية. يمكن متابعة بعض المبادئ التوجيهية الدولية (مثل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية وبرنامج الصحة الاستراتيجية لعمل منظمة التعاون الإسلامي) مساعدة دول منظمة التعاون الإسلامي لتوفير المال والوقت أثناء عملية الإصلاح. يمكن تعزيز التعاون فيما بين بلدان منظمة التعاون الإسلامي من خلال تحديد ونقل أفضل الممارسات في مجال التثقيف الصحي والتدريب أيضاً وتقديم مساهمة كبيرة لتحسين نوعية الخدمات الصحية والتعليمية في دول منظمة التعاون الإسلامي. لعملية الإصلاح الناجحة، فإنه من الأهمية بمكان فهم الظروف المحلية في دول منظمة التعاون الإسلامي ومراعاة آراء منظمات المجتمع المدني. وخلافاً لما سبق، فإن العديد من الظروف الإقليمية / المحلية والقيود التي تؤدي إلى الفشل في نوعية ونطاق الخدمات التعليمية والصحية ظلت دون تغيير في كثير من بلدان منظمة التعاون الإسلامي.

2.7 التوعية العامة

هناك صلة قوية بين مستوى المعلومات والتعليم ونتائج الإرشاد والصحة في بلد ما. وقد ثبت من خلال الأبحاث أن معظم الأمراض يمكن الوقاية منها عن طريق نشر معلومات دقيقة وذات صلة والتعليم للمرضى ومقدمي الرعاية الصحية. وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، فإن الغالبية العظمى من أمراض القلب والسكتات الدماغية والسكري من النوع 2 وحالات السرطان يمكن منعها فقط عن طريق تثقيف وإعلام الناس عن اتباع نظام غذائي صحي وممارسة النشاط البدني / ممارسة الرياضة وعدم استخدام التبغ. يمكن إنقاذ أكثر من مليون شخص سنوياً من خلال تشجيع الرضاعة الطبيعية حتى سنتين على الأقل، والجزء الأكبر من وفيات الأطفال دون سن الخامسة يمكن تجنبها عن طريق تثقيف الآباء والأمهات حول أهمية التغذية والاستخدام الفعال للأموال التي تنفق على طعامهم في بعض الأحيان على الحلويات لأطفالهم ليتم إعطاءها لهم كعلاج.

العادات والتقاليد الاجتماعية والثقافية والدينية تلعب دوراً هاماً في تشكيل موقف المجتمع تجاه الرعاية الجماعية والازدهار على المستويين الكلي والجزئي. مثل نظيراتها النامية، فالعديد من دول منظمة التعاون الإسلامي تعاني من ضعف مستوى المعلومات الصحية والوعي. الوضع حرج ولا سيما في البلدان ذات الدخل المنخفض التي تسود فيها العديد من الأساطير والمحرمات التي تؤدي إلى انخفاض استخدام خدمات الرعاية الصحية التي تعتبر بالغة الأهمية لبقاء الناس أصحاء. على مر السنين، فإن حملات التطعيم في بعض بلدان منظمة التعاون الإسلامي لم تكن فعالة يرجع ذلك أساساً إلى الخلافات المتعلقة بسلامة والجواز الديني للمقاحل. كثيراً ما ذكرت السلطات في بلدان مثل نيجيريا وباكستان من الجماعات الدينية والسياسية معارضتها لتنفيذ حملات التطعيم الوطنية ضد شلل الأطفال. للتغلب على هذه المشكلة، فإن منظمة التعاون الإسلامي أمنت فتوى دينية من مجمع الفقه الإسلامي الذي أصدر فتوى لتشجيع المسلمين على المشاركة ودعم حملات التطعيم الوطنية ضد شلل الأطفال. نقلاً عن القرآن الكريم، فإن الفتوى تحتم حماية الأطفال عندما يكون المرض يمكن الوقاية منه. هكذا، تتناول الفتوى الحاجة الماسة إلى

زيادة الوعي في المجتمعات الإسلامية حول فوائد حملات التطعيم ضد شلل الأطفال. مع ذلك، هناك حاجة قوية لفتاوى مماثلة لدعم جميع أنواع حملات التحصين في دول منظمة التعاون الإسلامي (مركز أنقرة، 2014).

تميزت دول منظمة التعاون الإسلامي ذات أعلى نسبة من وفيات الأمهات والأطفال أيضا بارتفاع معدلات الخصوبة وانخفاض معدلات استخدام وسائل منع الحمل. كانت تدابير التخطيط المتعلقة بالأسرة أقل فعالية في هذه البلدان. استناداً إلى البحوث التي أجرتها مختلف الوكالات الوطنية والدولية الصحية، قلة المعرفة، مشاكل الوصول إلى والمخاوف من الآثار الجانبية هي العوامل الرئيسية المقيدة لاستخدام تدابير تنظيم الأسرة في هذه البلدان. ليس فقط أغلبية السكان يفتقر عموماً للمعارف الأساسية حول هذه التدابير ولكن أيضا العديد منهم لديه معلومات مضللة. على سبيل المثال، كثير من الناس يعتقدون أن استخدام وسائل منع الحمل غير جائز في الإسلام، في حين يعتقد البعض الآخر أنه غير صحي ويمكن أن يؤثر على الخصوبة، وبالتالي أولئك الذين يستخدمون وسائل منع الحمل لن يكونون قادرين على إنجاب الأطفال في وقت لاحق (مركز أنقرة، 2014).

الملاحظات الختامية والتوصيات والسياسات

من المعلوم أن 57 دولة عضوا في منظمة التعاون الإسلامي تغطي مساحة جغرافية واسعة وانتشرت في أربع قارات حيث تمتد من ألبانيا (أوروبا) في الشمال إلى موزمبيق (أفريقيا) في الجنوب ومن غيانا (أمريكا اللاتينية) في الغرب إلى إندونيسيا (آسيا) في الشرق. وتشكل دول منظمة التعاون الإسلامي جزءاً كبيراً من البلدان النامية، وتجري فيها التنمية الاقتصادية على مستويات مختلفة إلا أنها لا تشكل مجموعة اقتصادية متجانسة. فالطبيعة المختلفة لمجموعة دول منظمة التعاون الإسلامي تعكس مستويات عالية من التجانس والاختلاف في البنية الاقتصادية وأداء هذه البلدان. وتنعكس درجة عدم التجانس في ملامح الاقتصاد الكلي والإنمائية لبلدان منظمة التعاون الإسلامي أيضاً في أدائها في القطاع الصحي.

ظلت تغطية الرعاية الصحية فقيرة بشكل ملحوظ في العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي ويرجع ذلك أساساً إلى عدم وجود موارد مالية كافية ومستدامة وعدم كفاية القوى العاملة الصحية المدربة وضعف البنية التحتية الصحية. وحالياً، تخصص دول منظمة التعاون الإسلامي 4.4 في المائة فقط من ناتجها المحلي الإجمالي على الصحة، فيما بلغت نسبة الإنفاق على الصحة 7.9 في المائة فقط من إجمالي النفقات الحكومية. وظل الإنفاق من مدفوعات الجيب على الرعاية الصحية الوسيلة الأكثر استخداماً على نطاق واسع لتمويل قطاع الصحة، وهو ما يمثل 38 في المائة من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية و 82 في المائة من النفقات الصحية الخاصة. وعلى مستوى كل بلد على حدة، تمثل النفقات الصحية من مدفوعات الجيب أكثر من 50 في المئة من إجمالي الإنفاق على الصحة في 17 دولة في منظمة التعاون الإسلامي. ومن ناحية أخرى، فمتوسط كثافة العاملين في مجال الصحة في دول منظمة التعاون الإسلامي هو فوق المستوى الحرج بحوالي 23 فرد يعمل في المجال الصحي (الأطباء والممرضات والقابلات) لكل 10,000 شخص، وعموماً يعتبر ضرورياً لتقديم الخدمات الصحية الأساسية، فقط أقل من 10 أسرة في المستشفيات تتوفر لكل 10,000 شخص في دول منظمة التعاون الإسلامي.

وعلى مر السنين، أحرزت العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي تقدماً كبيراً من حيث الإيفاء بحقوق النساء والأطفال في الصحة، خاصة مع وجود المزيد من الموارد التي يتم استثمارها في خدمات الرعاية الصحية الأولية أكثر من أي وقت مضى. وعلى الرغم من أنه في المتوسط، انخفض معدل وفيات الأمهات بنسبة 44 في المائة بين عامي 1990 و 2013، فالوصول إلى أحد الأهداف الإنمائية للألفية 5 (الأهداف الإنمائية للألفية 5) بالإنخفاض إلى ثلاثة أرباع بحلول عام 2015 يبدو أنه من الصعب تحقيقه في كثير من بلدان منظمة التعاون الإسلامي. وتسود حالة مماثلة لمعدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة، حيث أن الإنخفاض حتى الآن بمعدل 47 في المائة ليس كافياً

لتحقيق الهدف من الأهداف الإنمائية للألفية 4 الذي ينص على التخفيض إلى الثلثين في معدل وفيات الأطفال بحلول نهاية عام 2015. التغذية والأمن الغذائي هما إحدى المجالات الرئيسية التي تثير قلق دول منظمة التعاون الإسلامي. ونتيجة لذلك، ليس فقط خطر وفيات الأطفال من الأمراض الشائعة مثل الإسهال والالتهاب الرئوي والمalaria الذي ما زال مرتفعاً جداً في دول منظمة التعاون الإسلامي ولكن يعاني العديد من الأطفال أيضاً من العاهات البدنية والمعرفية الناجمة عن سوء التغذية والنقص في المغذيات الدقيقة الحيوية مثل فيتامين أ واليود والحديد.

ويظهر تحليل حول حالة الوقاية من الأمراض ومكافحتها أنه قد تحسنت، في المتوسط، حالة الوقاية من الأمراض ومكافحتها في بلدان منظمة التعاون الإسلامي وحقق كثير منها إنخفاض في الوفيات الناجمة عن الأمراض غير المعدية والأمراض المعدية. ومع ذلك، فإن المتوسط في دول منظمة التعاون الإسلامي للكثير من الأمراض وعوامل الخطر لا يزال أعلى من المعدل في البلدان المتقدمة فضلاً عن المتوسط العالمي. هذا يعني وجود المشاكل المتعلقة بالوقاية من الأمراض ومكافحتها وكذلك المشاكل المرتبطة بالمساواة في الحصول على الخدمات الصحية بين الذكور والإناث في دول منظمة التعاون الإسلامي. وبعبارة أخرى، لا يزال أمام دول منظمة التعاون الإسلامي طريق طويلة للوصول إلى مستوى الدول المتقدمة في الوقاية والسيطرة على العديد من الأمراض. وكل من الأمراض المعدية وغير المعدية مسؤولة عن حوالي 89 في المائة من جميع الوفيات في دول منظمة التعاون الإسلامي.

ظلت دول منظمة التعاون الإسلامي، كمجموعة، مستورداً صافياً للأدوية مع استثناءات قليلة، فإن الغالبية منها لديها قاعدة منخفضة جداً لانتاج الأدوية. وبالنظر إلى التكلفة المرتفعة نسبياً للرعاية الصحية، وذلك بسبب عدم توفر الأدوية، ينبغي على العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي عليها بذل جهود جادة لتعزيز صناعة الأدوية في اقتصاداتها. كما أن الأجهزة الطبية هي بدورها إحدى أدوات التدخل الصحية الأهم المتاحة للوقاية والتشخيص والعلاج من الأمراض وإعادة تأهيل المريض. ومع ذلك، فتوفر وشراء هذه الأجهزة هو التحدي المستمر في العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي.

يمكن لحالات الطوارئ والكوارث وضع استمرارية واستدامة خدمات القطاع الصحي في خطر وتدمير عدة سنوات من تطوير القطاع الصحي. ويمكن أن تخلق مشاكل صحية خطيرة كنتيجة مباشرة للخطر أو من خلال تعطيل النظام الصحي والمرافق والخدمات والحد من فرص الحصول على الرعاية الصحية. تواجه البلدان المتأثرة بالصراعات عواقب وخيمة في الخدمات الصحية والنتائج المترتبة على ذلك. على الرغم من أن بعض دول منظمة التعاون الإسلامي قد حققت تقدماً في مجال إدارة مخاطر الكوارث والاستجابة الصحية المرتبطة بها وتبقى قدرات العديد من البلدان متغيرة للغاية. وهناك اختلافات كبيرة بين البلدان من حيث القدرة على الإدارة الصحية في حالات الطوارئ. ومن أجل إجراء تحليل شامل على القدرات الحالية لدول منظمة التعاون الإسلامي، هناك حاجة إلى إجراء دراسات تقييمية لكل بلد.

التغيرات التي تلاحظ في خصائص المرضى والتطورات التي لوحظت في التكنولوجيا زادت من المخاوف حول نوعية التثقيف الصحي وتدريب العاملين في مجال الصحة في جميع أنحاء العالم. حيث أنه لم تتماشى نوعية التثقيف

الصحي في المدارس الطبية ودور الحضانة تماماً مع متطلبات المرضى واحتياجاتهم. وعلاوة على ذلك، لا يمكن لهذه المدارس التعليمية، حتى في البلدان المتقدمة، تزويد المهنيين الصحيين المحتملين باستخدام التكنولوجيا وتفسير البيانات التي تم الحصول عليها من المرضى بشكل مناسب. فبلدان منظمة التعاون الإسلامي ليست استثناءً من هذه الحقائق. وعلاوة على ذلك، هناك صلة قوية بين مستوى نتائج الوعي والصحة العامة في البلاد. وقد ثبت من خلال الأبحاث أن معظم الأمراض يمكن الوقاية منها عن طريق نشر معلومات دقيقة وذات صلة وتعليم المرضى ومقدمي الرعاية الصحية. وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، يمكن منع الغالبية العظمى من أمراض القلب والسكتات الدماغية والسكري من النوع 2 وحالات السرطان فقط عن طريق تثقيف وإعلام الناس عن اتباع نظام غذائي صحي وممارسة النشاط البدني / ممارسة الرياضة وعدم استخدام التبغ. ويمكن إنقاذ أكثر من مليون شخص سنوياً من خلال تشجيع الرضاعة الطبيعية حتى سنتين على الأقل ويمكن تجنب عدد كبير من وفيات الأطفال دون سن الخامسة عن طريق تثقيف الآباء والأمهات حول أهمية التغذية والاستخدام الفعال للأموال التي تنفق في بعض الأحيان على الحلويات لأطفالهم عوضاً عن استخدامها كعلاج.

وإزاء هذه الخلفية، تم إقتراح التوصيات المتعلقة بالسياسة العامة التالية لتعزيز تنفيذ التدخلات على مستوى التعاون الوطني على حد سواء داخل منظمة التعاون الإسلامي ودولياً لتحسين الحالة الصحية في دول منظمة التعاون الإسلامي.

تعزيز النظام الصحي

يتطلب تعزيز النظام الصحي مجموعة واسعة من الإجراءات على المستويين الوطني والإقليمي. فبالغالبية العظمى من دول منظمة التعاون الإسلامي تعتمد بشكل كبير على مدفوعات الجيب في الإنفاق لتمويل الخدمات الصحية في حين أن حصة الضمان الاجتماعي والتأمين الصحي الخاص في إجمالي النفقات الصحية ظلت نسبياً منخفضة جداً. وقد كان هذا أحد العقبات الرئيسية لتقديم الخدمات الصحية للفئات الفقيرة ذات الدخل المنخفض في المجتمع. وتستدعي هذه الحالة إصلاحات جوهرية في نظام التمويل الصحي لتمكين أكبر للوصول إلى الخدمات الصحية. وتتطلب الإصلاحات زيادة مستمرة الاستثمار في الإنفاق العام على الصحة والحد من الإنفاق من مدفوعات الجيب، وزيادة الدفع المسبق وتجميع المخاطر، والتي قد تشمل التمويل القائم على الضرائب والتأمين الاجتماعي الإلزامي وأنواع أخرى من التأمين الصحي. وهناك مساحة مالية كافية لزيادة مخصصات الميزانية لقطاع الصحة وإنشاء آلية المساءلة لضمان الاستخدام الشفاف والفعال لهذه الأموال. وهناك حاجة إلى اتخاذ تدابير السياسة العامة اللازمة لتسهيل الاستثمارات البينية في القطاع الصحي وتعزيز التعاون مع الوكالات الدولية مثل منظمة الصحة العالمية واليونيسيف والبنك الدولي للاستفادة من خبراتهم والمساهمة المالية لبناء البنية التحتية الصحية. من المعلوم أن التعلم من أفضل الممارسات، وبهذا ينبغي لبلدان منظمة التعاون الإسلامي أن تبدأ في تقليل المخاطر وتجميع خطط التمويل الصحي التي تستند على الدفع المسبق مثل التأمين الشعبي في المكسيك ومخطط الطبية التعاونية الريفية

الجديدة في الصين ونظام التأمين الصحي الاجتماعي في مالي للتغلب على الحواجز المالية للوصول إلى الرعاية الصحية وخاصة في المناطق الريفية .

التغيرات الديموغرافية والوبائية، وإدخال تكنولوجيات جديدة والشروع في طرق العلاج الجديدة تساهم جميعها في الحاجة المتزايدة للتعامل مع وضع وأداء ومشاكل العاملين الصحيين. في هذا الصدد، ينبغي إجراء التقييم الشامل ذو الصلة لعدد من الناس لتدريبهم، وتنوع القوى العاملة لتكون مستعدة بنسبة للخصائص الديموغرافية الاجتماعية والثقافية للسكان وقدرات العاملين في مجال الصحة عند تنفيذ المهام الموكلة لكل العاملين الصحيين. القوى العاملة الصحية الغير كافية في دول منظمة التعاون الإسلامي تشير إلى تدني مستوى قدرات الرعاية الصحية والخدمات، وهو الخطر الذي يستوجب تشجيع تنمية الموارد البشرية الأكثر ملائمة في مجالات الطب والرعاية الصحية. من أجل التغلب على نقص القوى العاملة الصحية الفعالة والمدرّبة تدريباً جيداً ، تحتاج بلدان منظمة التعاون الإسلامي إلى التركيز على إنشاء لجنة الخدمات الصحية للتدريب والتوظيف وإدارة القوى العاملة الصحية على المستويين الوطني والبيئي وتعزيز التعاون على الصعيد الوطني والمستوى البيئي لزيادة الاستثمار في مؤسسات التعليم والتدريب الصحي. هناك أيضاً حاجة لزيادة برامج المنح الدراسية لجذب المزيد من الطلاب إلى المهن الصحية والاعتراف المتبادل بالشهادات والدرجات الطبية. ينبغي وضع الحوافز المالية وغير المالية لتحسين إمدادات العاملين الصحيين في المناطق الريفية والنائية. يمكن لتعزيز مستوى التعاون مع المنظمات غير الحكومية والهيئات الدولية أيضاً أن يمهّد الطريق لتدريب ونشر العاملين الصحيين على مستوى المجتمع المحلي (مثل القابلات المجتمعية في إندونيسيا وبرنامج ليدي للزوار الصحيين في باكستان (LHV)) لتقديم خدمات الرعاية الصحية خاصة في المناطق الريفية .

صحة الأم والمواليد الجدد وصحة الطفل والتغذية

ظلت الحالة الصحية للأمهات، حديثي الولادة والأطفال والتغذية فقيرة بشكل كبير في العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي. التحدي الذي يواجه الآن البلدان ذات العبء في منظمة التعاون الإسلامي هو كيفية تحقيق التغطية الشاملة للتدخلات الفعالة بما في ذلك الرعاية قبل الولادة وبعدها، والولادة الأكثر أمناً، رعاية المواليد الجدد والرضع، الرضاعة الطبيعية، المكملات الغذائية الدقيقة والتحصين الروتيني ضد أمراض يمكن الوقاية منها مع زيادة الاستثمارات وتعزيز المساءلة لتحسين الحالة الصحية والتغذية للنساء والأطفال.

في هذا الصدد، ينبغي أن تشمل الإجراءات ذات الأولوية تدريب مقدمي الرعاية السابقة للولادة؛ تحسين الإمدادات والخدمات اللوجستية للمرافق الصحية؛ تعزيز الروابط للإحالة بين المجتمعات والمستشفيات توفير حالات الطوارئ ورعاية الأم والأطفال. الاستثمار في العاملين الصحيين لكي يكونوا أكثر وأفضل تدريباً وتجهيزاً للوصول إلى غالبية الأطفال الذين لا يحصلون اليوم على الرعاية الصحية الأساسية؛ تطوير برامج رعاية الأمومة وحديثي الولادة المنزلية بناءً على النماذج الناجحة من العاملين في مجال الصحة المجتمعية؛ تثقيف الأسر والمجتمعات المحلية عن أفضل السبل لتنشئة أطفالهم بشكل صحي والتعامل مع المرض عند حدوثه. تحسين الاستفادة من البيانات لمراقبة وتحسين تغطية الرعاية الصحية للأطفال والجودة.

لتحسين تغطية التحصين بين الأطفال، يجب أن تكون الإجراءات ذات الأولوية بالنسبة للحكومات والمساهمين الآخرين تتضمن صياغة استراتيجيات مبتكرة لتحقيق تغطية عالية ومنصفة للتحصين. تطوير واستخدام اللقاحات والتكنولوجيات الجديدة؛ تزامن أسبوع التطعيم في بلدان منظمة التعاون الإسلامي. محاربة التحريم ضد التطعيم من خلال إشراك قادة المجتمع السياسي والديني؛ تفعيل آلية شراء اللقاح في منظمة التعاون الإسلامي لضمان العرض في الوقت المناسب والتوصل إلى اللقاحات النوعية، ولا سيما الجديدة وغير المستغلة، وبأسعار تنافسية.

ينبغي على الحكومات أن تتخذ التدابير اللازمة لتحسين الوضع التغذوي للأطفال من خلال استهداف معدل نقص الوزن، التقزم والهزال وزيادة الوزن بين الأطفال. بمعلومية حقيقة أن صحة الأم أمر بالغ الأهمية بالنسبة للطفل، ينبغي للبلدان تطوير وتحسين البرامج العامة والخدمات الصحية وتوفير التثقيف والموارد للنساء في سن الإنجاب لتعزيز التغذية الصحية قبل الحمل وأثناء الحمل، وتوفير تقييمات للنساء الحوامل المعرضات للخطر للمساعدة في ضمان حصولهم على العناية الطبية المناسبة. بالإضافة إلى ذلك، ينبغي بذل الجهود لمنع النساء من التدخين وتشجيع أولئك اللاتي يدخن على الإقلاع عن التدخين. البحوث الأكاديمية والسريية على الأسباب الرئيسية للاضطرابات المرتبطة بسوء التغذية مجال آخر بالغ الأهمية يحتاج لإيلاء الاعتبار الواجب لصانعي السياسات. من أجل معالجة السمنة، فإن حملات ضبط الوزن على نطاق السكان التي تهدف إلى رفع مستوى الوعي لدى العاملين في المجال الطبي، وصناع السياسات والجمهور بوجه عام للحد من السمنة كانت فعالة للغاية. بالإضافة إلى ذلك، الحفاظ على متابعة تسويق الأغذية غير الصحية والمشروبات السكرية للأطفال، والسيطرة على استخدام ادعاءات صحية وتغذوية مضللة مهم جداً أيضاً. في بعض البلدان، قد زادت الحكومات أيضاً الضرائب على الأطعمة ذات السعرات الحرارية العالية والمنخفضة التغذية للحد من استهلاك هذه المنتجات.

تشجيع الرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة 6 أشهر، واستمرار الرضاعة الطبيعية حتى عمر سنتين هو أمر غاية في الأهمية للحالة التغذوية للأطفال. كما أوصت به الاستراتيجية العالمية لتغذية الرضع وصغار الأطفال (منظمة الصحة العالمية، 2003)، فينبغي أن تتمكن جميع الأمهات من الحصول على الدعم الإحترافي لبدء والحفاظ على الرضاعة الطبيعية الحصرية لمدة 6 أشهر والكفالة المقدمة في الوقت المناسب من الأطعمة التكميلية الكافية والأمن مع مواصلة الرضاعة الطبيعية حتى عمر سنتين أو أكثر. لمعالجة مظالم الأمهات العاملات، ينبغي للحكومات أن تسن تشريعات لحماية حقوق الرضاعة الطبيعية للمرأة العاملة ووضع وسائل لتنفيذها وفقاً لمعايير العمل الدولية. وعلاوة على ذلك، تقوية الأغذية؛ مكملات المغذيات الدقيقة؛ وعلاج سوء التغذية الحاد هي أيضاً مجالات هامة خاصة بالنسبة للبلدان ذات العبء العالي. في هذا الصدد، يمكن لبلدان منظمة التعاون الإسلامي أن تستفيد من الدعم الفني والمالي من المؤسسات الدولية والشركاء في التنمية من خلال مبادرات مثل الارتقاء بمستوى الحركة التغذوية (SUN) الذي يساعد الدول في وضع وتنفيذ سياسات تغذية الرضع وصغار الأطفال، التعاون مع الشركاء لتنفيذ برامج ذات أهداف تغذوية مشتركة؛ تعبئة الموارد لتوسيع نطاق فعال ليرفع من نطاق التغذية مع التركيز بصفة أساسية على تمكين المرأة. حالياً، 55 دولة هي جزء من هذه الحركة بما في ذلك 26 دولة في منظمة التعاون الإسلامي.

الوقاية من الأمراض ومكافحتها

صناع السياسة في حاجة إلى صياغة استراتيجيات فعالة من أجل تعزيز ورفع مستوى الوعي العام حول أنماط الحياة الصحية. من أجل تحقيق ذلك في بلدان منظمة التعاون الإسلامي، سواء من حيث الوقاية والسيطرة على الأمراض غير المعدية أو المعدية، فإنها تحتاج إلى تطوير وتنفيذ استراتيجيات فعالة بما يتماشى مع المبادئ التوجيهية الدولية وبالتعاون مع المنظمات الدولية ذات الصلة. وفي هذا السياق، برنامج العمل الاستراتيجي لمنظمة التعاون الإسلامي في مجال الصحة 2014-2023 يوفر فرصة لتعزيز التعاون بين دول منظمة التعاون الإسلامي في الوقاية من الأمراض والسيطرة عليها. كما تقترح المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية القائمة على الاستراتيجيات في مكافحة العديد من الأمراض المعدية وغير المعدية التي يمكن أن تنطبق على العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي.

بناء آليات ومنصات لتبادل الخبرات القطرية ونقل أفضل الممارسات سوف يساعد العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي على وضع واعتماد أساليب الوقاية من المرض فعالة وبتكلفة صفر. وفي هذا السياق، يشكل برنامج الربط العكسي من البنك الإسلامي للتنمية برنامجاً قياسياً مهماً يجب استكشافه واستخدامه من قبل دول منظمة التعاون الإسلامي.

ينعكس وجود التجانس من حيث ملامح التنمية في بلدان منظمة التعاون الإسلامي أيضاً في أدائها في مجال الوقاية من الأمراض ومكافحتها. بعبارة أخرى، يمكن لضرورات وأولويات دول منظمة التعاون الإسلامي أن تتفاوت تفاوتاً كبيراً في مجال الوقاية من الأمراض ومكافحتها اعتماداً على المناخ، نوعية البنية الأساسية، الأموال العامة المتاحة الخ لذلك، المبادئ التوجيهية الدولية والتعاون بين بلدان منظمة التعاون الإسلامي لها حدودها في مساعدة بلدان منظمة التعاون الإسلامي على الوقاية من الأمراض والسيطرة عليها. في هذا الصدد، فإن حصة الأسد من المسؤولية عن الوقاية من الأمراض ومكافحتها لا يزال مع صانعي السياسات الوطنية والخبراء والمجتمع المدني في دول منظمة التعاون الإسلامي. لذلك، تدريب صناع السياسات والخبراء والمجتمع المدني هو جزء لا يتجزأ من التطوير والتنفيذ الناجح للوقاية من الأمراض واستراتيجية المكافحة من أجل تزويدهم بأحدث المعارف العلمية والمعلومات حول أحدث التقنيات لمكافحة الأمراض. وفي هذا السياق، يمكن لبلدان منظمة التعاون الإسلامي الاستفادة على نطاق واسع من برامج التدريب وبناء القدرات من مركز التدريب والبحوث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية للدول الإسلامية (مركز أنقرة) في مجال الصحة، والتي تهدف إلى تعزيز التعاون فيما بين بلدان منظمة التعاون الإسلامي وخاصة من خلال مطابقة الاحتياجات وقدرات البلدان الأعضاء وتيسير نقل المعارف وأفضل الممارسات فيما بينها.

الأدوية واللقاحات والتكنولوجيات الطبية

يتطلب إنتاج الأدوية الموارد البشرية الماهرة مثل العلماء والصيادلة وعلماء الأحياء وفنيي المختبرات. لذلك، ينبغي لبلدان منظمة التعاون الإسلامي تشجيع وتمكين النظام التعليمي من أجل نقل المعرفة النوعية في التخصصات الأكاديمية مثل الكيمياء، علم الأحياء، الأدوية وغيرها من العلوم الطبيعية. من ناحية أخرى، ينبغي لبلدان منظمة التعاون الإسلامي أيضاً إيلاء الاهتمام الواجب لتحويل هجرة الأدمغة من الأشخاص ذوي المهارات العالية في كسب

العقول من خلال تسهيل عودة المغتربين إلى بلدانهم. وعلاوة على ذلك، صناعة الأدوية تعتمد بشكل كبير على أنشطة البحث والتطوير (R & D). يجب أن تبنى المرافق المناسبة للبحث والتطوير وينبغي توفير الموارد المالية اللازمة للباحثين والفنيين لتطوير صناعة الأدوية المبتكرة في اقتصادات منظمة التعاون الإسلامي. على الصعيد البيئي لمنظمة التعاون الإسلامي، ينبغي لبلدان منظمة التعاون الإسلامي التعاون مع بعضها البعض من خلال تبادل الخبرات لتطوير صناعة المستحضرات الصيدلانية. في نفس الوقت، فالطلاب الذين يتواجدون في أقل البلدان الأعضاء نموا عليهم أن يلتحقوا بإحدى التخصصات الأكاديمية الصيدلانية في دول منظمة التعاون الإسلامي الأخرى ذات القاعدة الدوائية الكبيرة مثل تركيا ومصر والأردن وماليزيا لتزويدهم بالمعرفة والخبرة اللازمة في هذا المجال. على المستوى الدولي، ينبغي لبلدان منظمة التعاون الإسلامي التعاون مع الوكالات الدولية مثل منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي للاستفادة من خبراتهم والمساهمة المالية لبناء صناعة الأدوية المحلية. ينبغي لبلدان منظمة التعاون الإسلامي أن تعمل على تنسيق وتبسيط المتطلبات التنظيمية الإقليمية وذلك لزيادة فرص الحصول على الأدوية ذات نوعية جيدة والأمنة والفعالة.

علاوة على ذلك، الحصول على العلاج يعتمد اعتماداً كبيراً على توفر الأدوية بأسعار معقولة. الإمدادات المنتظمة من الأدوية الأساسية مطلوبة في بلدان منظمة التعاون الإسلامي لتجنب نقص الأدوية الذي يمكن أن يسبب المعاناة والموت الذي يمكن تجنبه. يمكن بتشجيع شركات الأدوية في دول منظمة التعاون الإسلامي إنتاج الأدوية الأساسية بأسعار معقولة أكثر محلياً. على نحو أدق، دعم المصنعين المحليين للمنتجات الطبية أي السياسات التي تقلل من تكلفة التصنيع مثل المنح، الإعانات، الأرض، والإعفاءات الضريبية الواجبة على المدخلات المستوردة للإنتاج المحلي ينبغي أن تيسر. ينبغي لبلدان منظمة التعاون الإسلامي دعم تطوير المواصفات الفنية للأجهزة الطبية من أجل توفير المعلومات لصانعي القرار حول الحد الأدنى من المتطلبات اللازمة للجهاز المطلوب شراؤه. كما أنها تحتاج إلى تطوير المبادئ التوجيهية والسياسات الوطنية وفقاً للقواعد والمعايير الدولية على شراء وتوزيع اللقاحات والأدوية والأجهزة الطبية من أجل ضمان السلامة والفعالية، والجودة عبر قنوات التوزيع.

إدارة المخاطر في حالات الطوارئ الصحية

بينما لا يمكن إجراء تقييم شامل على قدرات الاستجابة الصحية الطارئة في البلدان الإسلامية بسبب القيود المفروضة على البيانات، يمكن إجراء عدة توصيات بشأن السياسات لتعزيز القدرات الوطنية في هذا المجال الهام. من الواضح أن العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي تواجه عقبات خطيرة في تعزيز قدرات النظام الصحي جراء النزاعات الجارية أو إزاء عدم وجود موارد كافية. تحتاج دول منظمة التعاون الإسلامي إلى وضع سياسات للتأهب والاستجابة للطوارئ الصحية أو تعزيز السياسات والبرامج القائمة. ينبغي أن يلاحظ أيضاً أن دولاً مثل تركيا أثبتت بالفعل تقدماً كبيراً في تحسين قدرات التأهب والاستجابة. في هذا الإطار، يتعين على دول منظمة التعاون الإسلامي وضع برامج متسقة للاستعداد للطوارئ والاستجابة على الصعيد الوطني، منسقة وفعالة؛ اتخاذ الترتيبات المؤسسية لضمان تطوير وصيانة برامج التأهب والاستجابة للطوارئ الصحية في إطار وزارات الصحة مع والحدات المختصة ونقاط الاتصال؛ ضمان ما يكفي من الموارد لإنشاء وتشغيل البرامج الوطنية وتطوير خطط التأهب لحالات الطوارئ

الصحية والاستجابة الوطنية متعددة التخصصات لتوجيه تصرفات جميع اللاعبين في القطاع الصحي؛ محاذاة خطط التأهب والاستجابة للطوارئ الصحية مع الخطط المتعددة للقطاعات وطنية المكافئة. هذا وبالإضافة إلى إجراء تحليلات شاملة للمخاطر وتقييم مدى التأثير بالمقارنة مع أشكال الطوارئ وكذلك مع الاتصالات والخدمات اللوجستية وآليات الإنذار المبكر وتحديد احتياجات بناء قدرات الموظفين وتطوير برامج تدريبية مناسبة لتلبية هذه الاحتياجات، وأيضاً تعزيز التعاون الإقليمي والدولي مع المنظمات الحكومية الدولية والمنظمات غير الحكومية وغيرها من الجهات المعنية لدعم أنشطة التأهب والاستجابة للطوارئ وطنية.

المعلومات والبحوث والتثقيف والإرشاد

تشير التحديات المتعلقة بنوعية التثقيف الصحي والتوعية العامة إلى ضرورة إجراء إصلاحات لتحسين نوعية التعليم الصحي في دول منظمة التعاون الإسلامي. وفي هذا السياق، تحتاج العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي للخضوع لعملية الإصلاح الرئيسية لنظم تعليم وتدريب الصحي أفضل. ولنجاح هذه الإصلاحات، فإن التعاون مع المجتمع الدولي والمنظمات الدولية مسألة غاية في الأهمية. ويمكن للمبادئ التوجيهية الدولية القائمة (مثل المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية وبرنامج الصحة الاستراتيجية للعمل لمنظمة التعاون الإسلامي) أن تساعد دول منظمة التعاون الإسلامي لتوفير المال والوقت أثناء عملية الإصلاح. ويمكن تعزيز التعاون فيما بين بلدان منظمة التعاون الإسلامي من خلال تحديد ونقل أفضل الممارسات في مجال التثقيف الصحي والتدريب أيضاً والتي بدورها تقدم مساهمة كبيرة لتحسين نوعية الخدمات الصحية والتعليمية في دول منظمة التعاون الإسلامي. فوجود التجانس والظروف المحلية على حد سواء عبر ودخل بلدان منظمة التعاون الإسلامي متفاوت حيث يتطلب مزيداً من الأدلة الميدانية ووجهات النظر من منظمات المجتمع المدني. وخلافاً لما سبق، إن محاولة الإصلاح في تحسين نوعية ونطاق الخدمات التعليمية والصحية ستصبح غير ناجحة بسبب إهمال العديد من الظروف الإقليمية / المحلية والقيود في العديد من دول منظمة التعاون الإسلامي.

فمشاركة والتزام جميع أصحاب المصلحة هو أيضاً أمر بالغ الأهمية لبدء وتنفيذ برامج المعلومات الصحية المجتمعية والتعليم والإرشاد الفعال. وللقيام بذلك، تنصح دول منظمة التعاون الإسلامي بتنظيم الاتفاقيات من مقدمي الرعاية الصحية المحليين وقادة المجتمع والسكان المحليين لتقديم مداخلات المعلومات الصحية المجتمعية وتعزيز أكثر أهمية من الناحية الثقافية والاستجابة وخلق شراكة بين القطاعين العام والخاص وإشراك المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية والمنظمات الدولية لمعالجة القضايا المتعلقة بتمويل وتوعية البرامج الوطنية للوقاية من الأمراض وتعزيز الصحة. إن إطلاق برنامج المدارس الصحية على مستوى القطر لتعزيز الوعي لدى الشباب خاصة حول السلوكيات المحفوفة بالمخاطر مثل عدم كفاية النشاط البدني وسوء التغذية والنظافة واستخدام التبغ وما إلى ذلك وأيضاً تعزيز التعاون فيما بين بلدان منظمة التعاون الإسلامي على مستوى تنسيق المعلومات الصحية، التعليم، ممارسات الإرشاد ذات المعايير الدولية من خلال تنفيذ المبادئ التوجيهية التي تقدمها وكالات الصحة الدولية.

1. APEC (2012), A Guide to Public Health Emergency Response Capacity Building, APEC Health Working Group, Asia Pacific Economic Cooperation, November 2012.
2. Bayntun C, Rockenschaub G, Murray V. (2012), "Developing a Health System Approach to Disaster Management: A Qualitative Analysis of the Core Literature to Complement the WHO Toolkit for Assessing Health-System Capacity for Crisis Management," PLOS Currents Disasters. Aug 22. Edition 1.
3. Calabretta, N. (2002), "Consumer-driven, Patient-centered Health Care in the Age of Electronic Information", *Journal of Medical Library Association*, 90 (1):32-37.
4. Chassin, M.R., R.W. Galvin, and the National Roundtable on Health Care Quality (1998), "The Urgent Need to Improve Health Care Quality", *Journal of the American Medical Association*, 280 (11):1000-1005.
5. EFPIA (2013), The Pharmaceutical Industry in Figures 2013, European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, Brussels.
6. Greiner, Ann C. and Elisa Knebel (2003), Ed., Health Professions Education: A Bridge to Quality Committee on the Health Professions Education Summit.
7. Hovenga, E.J. (2000), "Global Health Informatics Education", *Studies in Health Technology & Informatics*, 57:3-14.
8. IMS (2013), Pharmerging Markets, IMS Health, New Jersey.
9. IMS (2014), Global Outlook for Medicines, IMS Health, New Jersey.
10. Institute of Medicine (2002). The Future of the Public's Health in the 21st Century, Washington: National Academy Press.
11. Lancet (2010), Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World, 376(9756): 1923-1958.
12. Neil P. and B. Frederick (2009), "Information Needs of Health Care Workers in Developing Countries: a Literature Review with a Focus on Africa", *Human Resources for Health* 2009, 7:30.
13. Nickerson J. W., J.Hatcher-Roberts, O. Adams, A. Attaran and P. Tugwell (2015), "Assessments of health services availability in humanitarian emergencies: a review of assessments in Haiti and Sudan using a health systems approach," *Conflict and Health* (2015) 9:20
14. PAHO (2015), The Hospital Safety Index, Pan American Health Organization, available at: http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=article&id=964&Itemid=911
15. SESRIC (2014), OIC Strategic Health Programme of Action 2014-2023, Statistical Economic Social Research and Training Centre for Islamic Countries, Ankara.
16. SESRIC (2014a), Managing Disasters and Conflicts in OIC Countries, Statistical Economic Social Research and Training Centre for Islamic Countries, Ankara.
17. Shell, R. (2001), "Perceived Barriers to Teaching for Critical Thinking by BSN Nursing Faculty", *Nursing & Health Care Perspectives*, 22 (6):286-91.
18. UN (2013), Millennium Development Goal 8, United Nations, New York.
19. UNICEF (2011), State of the World's Children Report 2011: Children in an Urban World, United Nations Children's Fund, New York.
20. UNICEF (2004), Vitamin and Mineral Deficiency, Global Progress Report, United Nations Children's Fund, New York.

21. WHO (2006), World Health Report: Working Together for Health, World Health Organization, Geneva.
22. WHO (2008), Global Assessment of National Health Sector Emergency Preparedness and Response, World Health Organization, Geneva.
23. WHO (2009), Health Cluster Guide - A practical guide for country-level implementation of the Health Cluster, World Health Organization, Geneva.
24. WHO (2010), World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage, World Health Organization, Geneva.
25. WHO (2011), The World Medicine Situation, World Health Organization, Geneva.
26. WHO (2011a), Assessment of Health System Crisis Preparedness – Turkey, World Health Organization, Geneva.
27. WHO (2012), Local Production and Technology Transfer to Increase Access to Medical Devices, World Health Organization, Geneva.
28. WHO (2012a), Toolkit for Assessing Health System Capacity for Crisis Management, User Manual, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen.
29. WHO (2012b), Assessment of Health System Crisis Preparedness – Kyrgyzstan, World Health Organization, Geneva.
30. WHO (2013), Global Vaccine Market Features and Trends, World Health Organization, Geneva.
31. WHO (2013a), Emergency Risk Management for Health Fact Sheets, Global Platform - May 2013, Developed by the World Health Organization, Public Health England and partners.
32. WHO (2013b), Emergency Response Framework, World Health Organization, Geneva.
33. WHO (2013c), Transforming and Scaling up Health Professionals' Education and Training, World Health Organization, Geneva.
34. WHO (2014), Universal Health Coverage (UHC), Fact Sheet No.395 September 2014, World Health Organization, Geneva.
35. WHO (2014a), Maternal Mortality, Fact Sheet No.348 May 2014, World Health Organization, Geneva.
36. WHO (2014b), Assessment of Health System Crisis Preparedness – Tajikistan, World Health Organization, Geneva.
37. WHO (2015), Children: Reducing Mortality, Fact sheet No.178, World Trade Organization, Geneva.
38. WHO (2015a), Immunization Coverage, Fact sheet No.378, World Trade Organization, Geneva.
39. WHO (2015b), World Health Organization Humanitarian Response Plans in 2015, Department for Emergency Risk Management and Humanitarian Response, Geneva.
40. WHO (2015c), Report on WHO's work in Emergency Risk and Crisis Management 2013-2014, Emergency Risk Management and Humanitarian Response Department, World Health Organization, Geneva.
41. WHO/EMRO (2012), Health System Strengthening; paper presented to the 59th session of the Regional Committee, World Health Organization, Geneva.
42. World Bank (2011), World Development Report 2011: Conflict, Security and Development, Washington, DC.
43. WTO (2014), International Trade Statistics, World Trade Organization, Geneva.